



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>

No.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY,
19 BOYLSTON PLACE.

MÉMOIRES ET COMPTES-RENDUS
DE LA
SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES
DE LYON

concerne la correspondance, l'envoi
écrits ou imprimés, doit être adressé,
M. le D^r J. ICARD, secrétaire général,
de la République.

MÉMOIRES ET COMPTES-RENDUS

DE LA

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

DE LYON

TOME XXXI. — 1891

LYON

LIBRAIRE MÉDICALE DE J.-P. MÉGRET,
Quai de l'Hôpital, 58.

—
1892

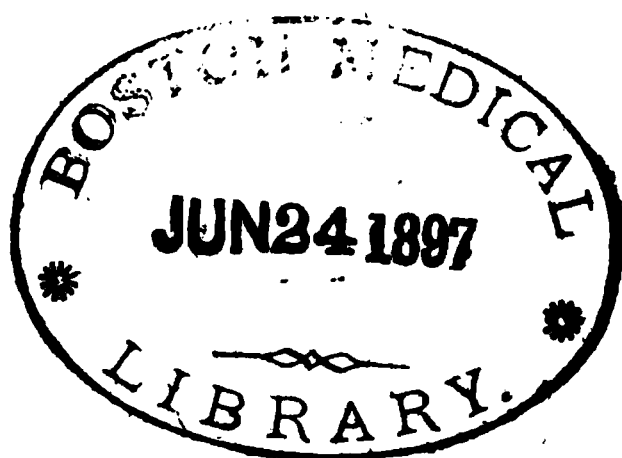


TABLEAU DES

DE LA SOCIÉTÉ DES SCIEI

Depuis sa

1861	—	1862.....
1862	—	1863.....
1863	—	1864.....
1864	—	1865.....
1865	—	1866.....
1866	—	1867.....
1867	—	1868.....
1868	—	1869.....
1869	—	1870.....
1870	—	1871.....
1871	—	1872.....
1872	—	1873.....
1873	—	1874.....
1874	—	1875.....
1875	—	1876.....
1876	—	1877.....
1877	—	1878.....
1878	—	1879.....
1879	—	1880.....
1880	—	1881.....
1881	—	1882.....
1882	—	1883.....
1883	—	1884.....
1884	—	1885.....
1885	—	1886.....
1886	—	1887.....
1887	—	1888.....
1888	—	1889.....
1889	—	1890.....
1890	—	1891.....
1891	—	1892.....

POSITION DU BUREAU

Pour l'année 1891-1892.

.....	L. TRIPIER.
lent.....	O. MAYET.
général.....	ICARD.
annuels.....	{ AUDRY (Ch.).
	{ ADENOT.
.....	BIANCHI.
.....	MARDUEL.

Pour l'année 1892-1893.

.....	MAYET.
lent.....	CORDIER.
général.....	ICARD.
annuels.....	{ CONDAMIN.
	{ DEVIC.
.....	BIANCHI.
.....	MARDUEL.

Comité de Publication :

AND, R. TRIPIER, MAYET, CONDAMIN,
ICARD, DEVIC.

Commission de Présentation :

BIROT, CLÉMENT, H. MOLLIÈRE, REBOUL.

PERSONNEL
DE LA
SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES
EN MARS 1892.

—•••—

MEMBRES HONORAIRES

MM.

- | | |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 Août 1862. | ROLLET, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité du Rhône, professeur à la Faculté de médecine. |
| 3 Janvier 1866. | GLÉNARD, professeur honoraire à la Faculté de médecine. |
| 2 Janvier 1867. | DESGRANGES, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, professeur honoraire à la Faculté de médecine. |
| 8 Juillet 1867. | VAN DEN CORPUT, médecin de l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles. |
| 6 Juillet 1870. | P. DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille. |
| 2 Juillet 1871. | BOUCHACOURT, professeur honoraire à la Faculté de médecine. |
| — | L. GUBIAN, médecin inspecteur aux eaux de La Motte. |
| 8 Juillet 1872. | CH. CHABALIER, à Saint-Irénée, près Lyon. |
| 6 Janvier 1875. | L. LORTET, professeur à la Faculté de médecine. |

VIII

- 3 Janvier 1876. J. PRAVAZ, directeur de l'établissement orthopédique de Lyon.
- 5 Juillet 1876. F. GUYÉNOT, ancien médecin des hôpitaux de Lyon.
- 7 Mars 1883. F. SAINT-CYR, professeur honoraire à l'École vétérinaire.
- 23 Juillet 1883. ALBERT, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Vienne.
- 7 Mars 1883. A. CHAUVEAU (fondateur), associé de l'Académie de médecine, membre de l'Académie des sciences, ex-professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie.
- 26 Mars 1890. V. BOUCAUD (fondateur), ex-médecin de l'Hôtel-Dieu.
-

MEMBRES TITULAIRES

MM.

- 3 Avril 1861. A. BERNE (fondateur), ancien chirurgien en chef de la Charité, professeur à la Faculté de médecine.
- J. BINET (fondateur), médecin de l'asile privé de Champvert, à Lyon.
- A. BONDET (fondateur), professeur à la Faculté de médecine.
- F. BRON (fondateur), ancien chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine.
- T. BOUSSUGE (fondateur), docteur en médecine.
- É. CARRIER (fondateur), médecin en chef de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu.

3 Avril 1861.

É. COUTAGNE (fondateur)
prisons.

— H. DEBAUGE (fondateur),
que obstétricale à l'École

— X. DELORE (fondateur), a
chef de la Charité.

— A. DOYON (fondateur), m
eaux d'Uriage.

— A. DRON (fondateur), ex-
l'Antiquaille, ex-agrégé
decine.

— A. GAILLETON (fondateur)
chef de l'Antiquaille, pro
de médecine.

— A. GAYET (fondateur), ex
de l'Hôtel-Dieu, profess
médecine.

— J. ICARD (fondateur), bib
culté de médecine.

— F. LEVRAT-PERROTON (
en médecine.

— P. MEYNET (fondateur), ex
rité, ex-agrégé à la Facu

— L. OLLIER (fondateur), ex
de l'Hôtel-Dieu, corresp
professeur à la Faculté

— Z. PUPIER (fondateur), mé
eaux de Vichy.

15 Juillet 1863.

R. TRIPIER, ex-médecin d
fesseur à la Faculté de

— O. MAYET, ex-médecin de
seur à la Faculté de médec

X

- 6 Janvier 1864. L. LAROYENNE, ex-chirurgien en chef de la Charité, professeur-adjoint à la Faculté de médecine.
- 6 Juillet 1864. A. VIENNOIS, docteur en médecine.
- 4 Janvier 1865. H. SOULIER, ex-médecin des hôpitaux, professeur à la Faculté de médecine.
- 10 Janvier 1866. M. HORAND, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille.
- 4 Juillet 1866. J. POULLET, agrégé à la Faculté de médecine.
- 27 Mars 1867. P. MARDUEL, ex-agrégé à la Faculté de médecine.
- 18 Mai 1867. A. BIANCHI, ancien chef de clinique médicale.
- 18 Décembre 1867. P. AUBERT, chirurgien de l'hôpital annexe des Chazeaux, ex-agrégé à la Faculté de médecine.
- 23 Octobre 1868. E. CLÉMENT, médecin des hôpitaux, ex-agrégé à la Faculté de médecine.
- 6 Janvier 1869. J. PÉTEAUX, professeur à l'École vétérinaire.
- 24 Mars 1869. J. DRIVON, médecin des hôpitaux.
- 7 Juillet 1869. H. BRAVAIS, docteur en médecine.
- 29 Juin 1870. A. PAILLASSON, docteur en médecine.
- 18 Octobre 1871. P. COLRAT, médecin de la Charité, ex-agrégé à la Faculté de médecine.
- 8 Novembre 1871. H. COUTAGNE, chef des travaux de médecine légale.
- 13 Novembre 1871. H. MOLLIÈRE, médecin des hôpitaux.
- 13 Mars 1872. L. PATEL, docteur en médecine.
- 12 Juin 1872. E. CHAMBARD, docteur en médecine.
- 8 Janvier 1873. A. FOCHIER, ex-chirurgien en chef de la Charité, professeur à la Faculté de médecine.

- 8 Janvier 1873. E. GRANDCLÉMENT, docteur en r
- 29 Juillet 1874. A. PONCET, professeur à la Facu
decine, chirurgien en chef de l'Hô
- 11 Avril 1875. F. GLÉNARD, ex chef de clinique c
- 7 Juillet 1875. C. VINAY, médecin des hôpitaux, c
la Faculté de médecine.
- 3 Janvier 1876. J. BIROT, docteur en médecine.
- S. CORDIER, chirurgien en chef
quaille.
- 19 Octobre 1876. E. VINCENT, ex-agrégé à la Facu
decine, chirurgien en chef de la
- 8 Août 1877. ARLOING, directeur de l'École v
professeur à la Faculté de médeci
- 28 Novembre 1877. R. LÉPINE, Correspondant de l'Inst
seur à la Faculté de médecine.
- 9 Janvier 1878. H. DOR, ancien professeur d'opht
l'Université de Berne.
- 12 Mars 1879. PIERRET, professeur à la Faculté de
médecin à l'asile de Bron.
- J. RENAUT, professeur à la Facult
cine, médecin des hôpitaux.
- 12 Mars 1879. P. CAZENEUVE, professeur à la
médecine.
- F. CROLAS, professeur à la Faculté d
- 19 Mars 1879. L. BERGEON, ex-agrégé à la Facu
decine.
- A. CARRIER, médecin des hôpitaux
à la Faculté de médecine.
- 7 Avril 1879. J. GAREL, médecin des hôpitaux.
- MONOYER, professeur à la Faculté d

des hôpitaux, profes-
sion.

clinique des mala-
dies à la Faculté de

agré à la Faculté de

des hôpitaux, agrégé

en médecine.

clinique médicale.

clinique obstétrical
des hôpitaux ,
de médecine.

chirurgien en chef désigné
à la Faculté de médecine
des hôpitaux, agri-
culture.

médecine.

des travaux de phy

médecine.

clinique médicale.

ce à l'École vétérinaire
des hôpitaux, agrégé

travaux de médecine e
à la Faculté de médecine
chirurgien en chef désigné
à la Faculté de médecine
Bureau d'hygiène.

M. CORNEVIN, professeur à l'École de Lyon.

BOUETTE, docteur en médecine

RAUD, docteur en médecine, ex-chef de clinique des maladies syphilitiques et c.

M. BLANC, ancien chef de clinique

M. BERNARD, docteur en médecine

MADÉAC, professeur à l'École

MUGOUNENQ, professeur à la Faculté de médecine.

M. INOSSIER, professeur agrégé de médecine.

M. AUBERT, pharmacien en chef de pharmacie.

M.-B.-A. AUDRY, médecin des hôpitaux

BOULLIQUOD, ex-chef de clinique

M. RAFIN, ex-chef de clinique de médecine

M. REYMOND, médecin du Bureau de santé.

M. SABATIER, professeur agrégé de médecine.

M. WEILL, professeur agrégé de médecine, médecin des hôpitaux

M. CONDAMIN, ex-chef de clinique

M. ROLLET, professeur à la Faculté de médecine.

M. FRANÇON, docteur en médecine

M. RIEL, docteur en médecine

M. LACOUR, docteur en médecine

M. MOUISSET, médecin des hôpitaux

ENOT, docteur en médecine.

RRAL, chef du laboratoire de la clinique
cale.

INE, répétiteur à l'École de santé mili-

BOT, médecin des hôpitaux.

ARD, chef de service à l'École vétérinaire
yon.

), agrégé à la Faculté de médecine.

UDRY, chef de clinique chirurgicale.

IAUD, docteur en médecine.

COURMONT, agrégé à la Faculté de
ecine.

OYON, chef des travaux de physiologie.

NAVARRE, docteur en médecine.

LLOSSON, chirurgien en chef désigné
Charité.

MBRES CORRESPONDANTS

RIE	au Havre.
ES	à Nice.
.....	à Avignon.
.....	à Tunis.
RET	à Paris.
ET	à Vienne.
HET	à Roanne.
MME	à Paris.
.....	à Heyrieux.
.....	à l'armée.
LA	à Marche-les Écaussines
NDIER	à Die.
MME	à Saint-Étienne.
FOUS	à Rodez.
.....	à Paris.

1 Juillet 1866.	BOUYER	à Cauterets.
3 Juillet 1867	ZURKOWSKI	à Schinznach
30 Octobre 1867.	ROUBY.....	à Dôle.
3 Janvier 1868	BENNI.....	à Varsovie.
3 Janvier 1868.	TUREL.....	à Grenoble.
15 Avril 1868.	BOUCHARD.....	à Paris.
—	LASSALLE	à Villefranch
1 ^{er} Juillet 1868.	G. MÉNARD	à Feurs.
—	RICHELOT.....	à Paris.
23 Mars 1870.	A. NODET	à Bourg.
—	DURAND	à Rodez.
6 Juillet 1870.	COUTARET.....	à Roanne.
5 Avril 1871.	MACARIO.....	à Nice.
3 Janvier 1872	BARUDEL.....	à Vichy.
23 Octobre 1872.	SÉSARY.....	à Alger.
4 Décembre 1872.	LERICHE.....	à Mâcon.
2 Juillet 1873.	GIMBERT.....	à Cannes.
—	MASSOT.....	à Perpignan.
7 Janvier 1874.	ALVIN.....	à Saint-Étien
14 Janvier 1874.	LUBANSKI	à l'armée.
24 Mai 1876.	JULLIEN	à Paris.
5 Juillet 1876.	NIEPCE fils.....	à Allevard.
9 Janvier 1878.	COURBIS	à Valence.
6 Mars 1878.	ALIX	à Toulouse.
—	BIOT	à Mâcon.
6 Mars 1878.	CHAVANIS.....	à Saint-Étien
3 Juillet 1878.	CARLE.....	à Montélimar
—	GRELLETY.....	à Vichy.
22 Janvier 1879.	PEUCH.....	à Lyon.
7 Juillet 1880.	COURJON.....	à Meyzieux.
26 Janvier 1881.	CASSIN.....	à Avignon.
—	FRANCK.....	à Paris.
26 Janvier 1881.	HUGONARD.....	à Morestel.
23 Novembre 1881.	HORTOLÈS.....	à Montpellier
5 Juillet 1882.	MONTAZ	à Grenoble.
6 Juin 1883.	JACOB	à l'armée.
23 Juillet 1883.	GUERMONPREZ	à Lille.
16 Janvier 1884.	DUCHAMP	à Saint-Étien
27 Février 1884.	CLAUDOT.....	à l'armée.
28 Mars 1884.	BOREL.....	à Chabeuil.
—	BOUZOL	au Cheylard.
—	RAMES.....	à Aurillac.
10 Juillet 1884.	MONCORVO	à Rio-Janeiro
11 Décembre 1884.	PAULET.....	à Montpellier.

-Étienne.
ville.

7.
-Raphaël.

.
aux.
delphie.

.
tax.

.
n-sur-Saône
-Étienne.

3.
-Etienne.
ie.

ard.
n-sur-Saône
is.

e.
ard.
eu.
e.
e.

ux.

1ÉE

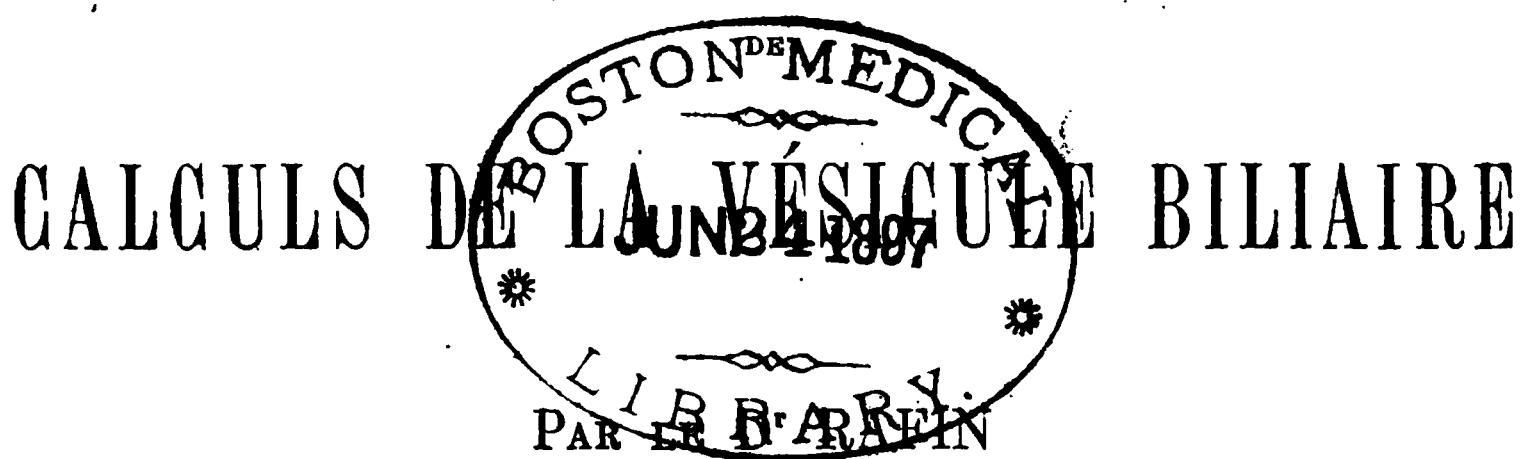
mbre 189.
mbre 189
mbre 1891)
91).

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES



DEUX CAS D'EXTRACTION



OBSERVATION I. — *Phlegmon de la vésicule biliaire; incision; extraction de calculs; guérison.*

M^{me} M. R..., âgée de 53 ans, née en Alsace, demeurant à Lyon, rue Duguesclin; vue pour la première fois le 20 août 1890.

Bonne santé habituelle. Mariée, n'a jamais eu d'enfant, ni de fausse couche. Fluxion de poitrine, il y a quatre ans. Légères habitudes alcooliques; fréquemment douleurs stomacales après les repas. Jamais d'ictère.

Elle n'a jamais habité de pays chauds.

En mai de l'année courante, elle a eu deux indigestions avec vomissements, sans douleur dans le côté.

Au commencement de juin, elle éprouva pendant huit jours une douleur assez vive dans l'hypochondre droit, ce qui ne l'empêcha pas de vaquer à ses occupations.

Le 24 juin, douleur très violente au niveau du creux épigastrique et de l'hypochondre droit, avec vomissements. Le lendemain un accès semblable se produisit, mais sans vomissements. Son entourage lui disait qu'elle avait le teint jaune.

Depuis lors, elle n'a cessé de ressentir dans l'hypochondre droit une douleur d'intensité croissante, et elle a perdu l'appétit. En outre, il y a deux semaines, elle a remarqué que cette région était tuméfiée.

Elle est alitée depuis quinze jours, et depuis huit jours elle a, le soir, vers 4 heures, des frissons suivis de sueurs.

Aujourd'hui, 20 août 1890, l'état général n'est pas trop mauvais, mais l'appétit est perdu et la fièvre assez intense.

A l'examen du ventre, tuméfaction du volume d'un gros poing, faisant une saillie notable au-dessous des côtes à droite, se confondant avec elle en haut.

La ligne qui partagerait cette tumeur en deux parties égales, passerait au niveau de la ligne anatomique conventionnelle qui sépare l'épigastre de l'hypochondre droit. En dehors, elle se délimite parfaitement, et l'on sent qu'il n'y a pas de connexion avec le rein. Varicosités sur la paroi abdominale. Rien dans la fosse iliaque droite.

La pression fait naître une douleur intense, tandis que, spontanément, la souffrance n'est pas très grande. En raison de cette vive sensibilité, la malade résiste quand on l'explore, et l'on ne peut se livrer à une recherche suffisante de la fluctuation. Le reste du ventre est souple.

Rien au poumon. L'urine ne contient ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires.

La malade est pâle, teinte ictérique à peine perceptible de la conjonctive.

27 août. La température de la malade reste fixée à 39°,5, 39°,7, le soir. La tuméfaction s'est développée considérablement; elle descend au-dessous de l'épine iliaque supérieure, sa saillie est très prononcée et la fluctuation facile à constater. Elle est peu influencée par les mouvements respiratoires.

Sa marche vers les parties inférieures de l'abdomen s'est effectuée suivant une ligne à peu près verticale, s'inclinant très peu vers l'ombilic qui est libre. Peau rouge et œdématiée.

Opération pratiquée à la Maison Chirurgicale avec MM. les docteurs Laguaite et Bertrand. Je pratique à 5 centimètres environ de la ligne blanche, à 7 centimètres au-dessous des côtes, au niveau du point le plus saillant, une incision verticale de 7 centimètres de longueur. La peau et le tissu

cellulaire incisés, je trouve une poche fluctuante qui s'ouvre et donne issue à 80 gr. environ d'un pus grumelleux et fétide, d'une odeur particulière, légèrement fécale et aigrie à la fois.

Le doigt introduit arrive sur un pertuis qui fait communiquer deux poches, l'une située dans l'épaisseur des parois et déjà ouverte, l'autre dans la cavité abdominale.

Dilatant ce point rétréci, je pénètre dans une cavité où l'on sent des calculs. Lavages de la cavité à l'eau stérilisée, ce lavage provoque l'issue de calculs, de formes et de dimensions variées, les uns gros comme des grains de sable, les autres comme des pois. Plusieurs, du volume d'une petite noisette, sont extraits avec des pinces à polypes.

Plus profondément, on en trouve un plus volumineux que l'on mobilise avec les doigts, mais qui échappe aux pinces, par glissement et semble comme enclavé. On introduit une pince tire-balle, qui, pénétrant dans le calcul, le fait éclater. Il est alors possible de l'extraire par fragments. Les fragments réunis forment un calcul du volume d'une petite noix.

En explorant avec le doigt, on a la sensation d'une cavité qui va se rétrécissant, jusqu'en un point où, devenue trop étroite, il serait dangereux de pousser l'exploration plus profondément.

D'abondants lavages avec une canule profondément introduite font sortir de petits calculs, par remous, et en même temps de petites masses fongueuses.

Les calculs ont une odeur repoussante. On en a extrait une quinzaine en ne comptant que ceux dont le volume est égal ou supérieur à un pois. Drainage avec une mèche de gaze iodoformée. Pansement antiseptique ordinaire.

Le soir, temp. vag., 38°,4. La malade a eu pendant la journée d'abondants vomissements de bile noirâtre et quelques hoquets. Pas de douleur. Ventre souple.

28 août. T. V. 37°,8. Plus de vomissements, moins de hoquet. Pas de douleurs. Le pansement souillé est renouvelé.

29 août. Le soir 37°,8.

Pansement. La gaze est souillée par un liquide d'odeur fécaloïde. Je place un drain.

30 août. Le soir 37°,8. Pansement.

1^{er} septembre. L'écoulement noirâtre, fétide est remplacé par du pus.

Le soir 38°,1. La tuméfaction diminue, mais fort peu. L'état général s'améliore, l'appétit revient un peu.

2 sept. Le soir 37°,8.

4 sept. L'empâtement notable qui existait autour de la tumeur inflammatoire diminue. Le pansement est renouvelé à peu près tous les jours, car l'écoulement est considérable. La plaie est saupoudrée de salol.

30 sept. La cicatrisation est complète. L'empâtement du voisinage a considérablement diminué. L'appétit est bon, mais la malade mange peu de viande.

Le soir, il y a parfois un peu de chaleur et d'agitation, et alors la température atteint 37°,9 ou 38°.

6 octobre. La malade quitte la Maison Chirurgicale pour aller à Chatel-Guyon dans sa famille. Elle en profitera pour prendre les eaux. Il persiste encore une zone empâtée.

Fin janvier 1891. La malade me donne de ses nouvelles. Elle va bien, néanmoins le côté est encore un peu sensible.

OBSERVATION II. — *Fistule de la région de l'hypochondre droit; incision de la fistule; extraction de calculs biliaires; guérison.*

M. B..., âgé de 64 ans, demeurant à Lyon, rue Vieille-Monnaie.

M. B.... se porte généralement bien, à part quelques douleurs rhumatismales qui l'ont obligé à garder le lit pendant trois semaines, il y a quelques années. Toutefois la digestion est souvent difficile et s'accompagne d'aigreurs.

Jamais ni abcès, ni ictère, ni coliques hépatiques.

Marié, il a eu deux enfants dont l'un se porte bien, et l'autre est mort d'un transport au cerveau.

En mars 1890, il fut très constipé et souffrit pendant plusieurs jours, de coliques violentes autour de l'ombilic. Le ventre était ballonné et l'appétit perdu.

Après cette époque, il commença à souffrir du côté du foie, et cette douleur alla rapidement en augmentant. Sa persistance et son intensité déterminèrent le médecin habituel du malade à lui faire des pointes de feu. Malgré les pointes de feu, malgré des vésicatoires répétés, la douleur persista. En outre, la région était un peu tuméfiée et rouge.

Le 12 juillet 1890, un médecin pratiqua une incision au niveau du point douloureux. Au dire du malade, il sortit un peu de sang, mais jamais de bile. Un certain soulagement fut la conséquence de cette intervention, mais il persiste depuis un trajet fistuleux.

Aujourd'hui 20 novembre 1890, je constate à 3 centimètres au-dessous des fausses côtes à droite, dans la région hépatique, à 8 cent. environ de la ligne médiane, un petit orifice fistuleux masqué par un bourgeon charnu et légèrement déprimé. Les parties voisines sont œdématiées sur une notable étendue; on peut cependant sentir, à un travers de doigt au-dessous de la fistule, un rebord qui semble être le rebord ordinaire du foie.

Comme pansement, le malade fait usage d'un simple morceau de diachylon.

Rien au cœur. L'urine ne contient ni albumine, ni sucre. Un peu de toux. Je ne constate cependant rien aux poumons, même dans le voisinage du foie.

Les conjonctives et la face présentent une très légère teinte ictérique.

Je fais quelques pansements antiseptiques, avec des bâtonnets d'iodoforme qui ne pénètrent qu'à 2 ou 3 centimètres de profondeur. Les pansements ne sont souillés que par une petite quantité de liquide incolore et de glaires transparentes.

Opération le 30 novembre 1890 à la Maison Chirurgicale avec M. le docteur Laguaite.

J'introduis d'abord, avec ménagement, dans la fistule un stylet qui pénètre à 3 centimètres de profondeur en s'inclinant légèrement dans la direction du thorax, mais sans me donner aucune autre indication.

Je pratique alors à ce niveau une incision transversale de 12 centimètres, intéressant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et la partie externe du muscle grand droit, à travers lequel passe la fistule. Petite incision verticale pour donner du jour.

J'introduis dans la fistule un dilatateur, et je dilate lentement en surveillant minutieusement, alors le doigt pénètre à 3 ou 4 centimètres de profondeur dans une petite loge située au-dessus du foie, entre cet organe, le diaphragme et les côtes. Cette cavité est vide.

Mais tandis que je l'explore, le bord inférieur du doigt donne nettement la sensation d'un corps rugueux séparé de lui par une mince couche de tissu. J'incise cette faible couverture et aussitôt apparaît un corps dur, de couleur noire, qui est manifestement un calcul biliaire. A l'aide d'une curette faisant office d'élévateur, je l'extrais par fragments. Son volume est celui d'une noix. D'autres sont extraits ensuite, de volumes divers, un d'entre eux, adhérent, doit être détaché lentement des parois.

Il y en a aussi, situés plus profondément au niveau de la partie rétrécie, qui sont enlevés avec la curette.

Des lavages à l'eau stérilisée sont très utiles pour faire sortir les débris que la pression ou le rapprochement brusque des bords de la plaie chassent au dehors.

Le doigt est introduit jusqu'à 10 centimètres dans cette poche qui va se rétrécissant dans la profondeur. Il existait donc deux cavités, en apparence au moins, indépendantes. La première, située entre le foie et le diaphragme complètement vide, due probablement à un abcès formé antérieurement dans le voisinage de la vésicule; la seconde,

constituée par la vésicule biliaire et contenant les calculs. Un drain est placé dans chaque cavité. Pas de suture.

Le soir T. R. 38°,4. Douleur vive dans le côté, plutôt en arrière. La douleur oblige à refaire le pansement ; j'enlève le drain qui va dans la petite poche. Le malade est soulagé, soit que le drain enlevé le gênait, soit que le premier pansement ait été un peu trop serré. Injection de 0,01 centigr. de morphine.

1^{er} décembre. La nuit n'a pas été mauvaise. Le malade est incommodé par la toux qui le secoue douloureusement. T. R. le soir 38°,1.

2 déc. Pansement. Un peu de bile et de glaires. T. R. le soir 37°,4.

3 déc. Pansement. Un peu plus de bile dans le pansement. T. R. le soir 37°,7.

5 déc. Le pansement contient une très grande quantité de bile et de glaires. Purgatif salin, eau de Vichy.

7 déc. Aujourd'hui un peu moins de bile. Le drain est raccourci.

8 déc. Le drain est supprimé.

16 déc. Le pansement est toujours souillé par de la bile, en quantité à peu près égale tous les jours. Aujourd'hui sans diminution graduelle, il n'en existe pas de trace.

18 déc. Nouvel écoulement considérable de bile. La plaie est en excellent état, bourgeonnante, et se rétrécit notablement.

19 et 20 déc. Écoulement insignifiant de bile. La toux diminue.

21 déc. L'écoulement cesse pour ne plus reparaitre.

19 janvier 1891. La plaie est cicatrisée. La région avoisinante est toujours un peu empâtée.

Mars. Le malade va bien ; douleurs insignifiantes dans la région. Il persiste un peu d'empâtement qui va diminuant.

Les interventions du genre de celles dont il s'agit, ont été pratiquées un bon nombre de fois depuis J.-L. Petit.

(Voir Denucé, *Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire*, thèse d'agrégation, 1886.) J'ai cru cependant devoir faire connaître mes deux observations, parce qu'elles ont trait à des questions actuellement fort étudiées, et qu'elles me paraissent avoir de l'intérêt au double point de vue du diagnostic et du traitement.

Chez ma première malade, l'apparition dans la région de l'hypochondre, à la suite de crises très pénibles, d'une tumeur douloureuse, fit immédiatement penser à une lésion inflammatoire de la vésicule biliaire. Sa marche croissante accompagnée de fièvre et de frissons, l'état de la peau, ne laissaient guère de doute sur l'existence d'une cholécystite suppurée.

La ponction exploratrice parut même complètement inutile.

Chez le second malade, le diagnostic resta au contraire un peu en suspens. La fistule siégeait au niveau du bord externe du muscle grand droit, au-dessous des fausses côtes, lieu d'élection des fistules biliaires; mais elle était déprimée dans la direction des côtes, et le liquide qui s'en écoulait n'avait aucun des caractères physiques de la bile. Il était incolore et mélangé de glaires. On pouvait hésiter entre un abcès costal, un kyste hydatique ou bien une lésion de la vésicule. Les antécédents du sujet me permettaient de laisser de côté l'hypothèse d'un abcès du foie.

En pareil cas devais-je sonder la plaie? Je n'hésitai pas à repousser ce moyen d'investigation; car, sans parler du cas malheureux de Robert, les théories modernes nous ont appris à redouter les dangers d'auto-inoculation, à la suite d'une exploration en apparence sans gravité, bien au-delà de ceux d'une intervention complète.

La nature et l'intensité des symptômes présentés par la première malade commandaient l'incision; chez le second, l'opération n'était pas urgente; toutefois j'ai cru devoir la pratiquer, parce que la guérison spontanée, théoriquement possible, était en somme douteuse, et eût été certainement très longue à obtenir. D'autre part, la région présentant des signes d'inflammation prolongée, il était permis d'admettre

l'existence d'adhérences péritonéales, au cas où la vésicule serait atteinte ; en conséquence, je résolus d'opérer en suivant la voie tracée par la fistule.

J'ai donné la préférence au bistouri sur les procédés anciens de dilatation lente par la laminaire ou l'éponge préparée, parce que l'instrument tranchant est plus expéditif et ne paraît pas offrir de danger plus sérieux, à la condition toutefois d'opérer avec précision, c'est-à-dire en pratiquant une incision assez étendue pour suivre avec certitude la marche de l'instrument, et ne couper un plan qu'après l'avoir exactement reconnu.

Désinfecter les tissus à mesure que l'on avance est sans doute une précaution bonne à prendre, dans la crainte que des adhérences péritonéales insuffisantes ne soient rencontrées.

L'intervention ne fut pas sans présenter quelques difficultés en raison de l'induration des tissus et de la profondeur de la région. Aussi, arrivé au niveau de l'aponévrose qui recouvre la face postérieure du grand droit, ai-je cru devoir élargir la fistule par dilatation.

Il sera bon en pareille circonstance de tenir dans un récipient à part et tout préparés les éléments nécessaires pour le cas où le péritoine serait ouvert.

Reste la question de l'extraction des calculs. Pratiquée d'une façon complète, elle procure une guérison rapide. Chez nos deux malades, nous croyons avoir vidé complètement la vésicule ; aussi la guérison s'est-elle effectuée en 33 jours, chez la première malade, et en 40 jours chez le second.

Mais, pour arriver à ce résultat, nous avons dû nous livrer à des introductions répétées des doigts et des instruments. Des lavages à l'eau stérilisée pratiqués avec une canule conduite dans la cavité et sous une légère pression, ont facilité beaucoup l'expulsion des petits calculs.

Toutefois, au cours de ces manœuvres, l'on ne devra pas perdre de vue les dangers auxquels une lésion minime de la paroi vésiculaire exposerait le malade.

RECHERCHES CLINIQUES

SUR

L'ÉLIMINATION DE L'ANTIPYRINE

CHEZ LES ENFANTS

PAR MM. S. PERRET ET GIVRE

Depuis notre entrée au service de la clinique des maladies des enfants, notre maître M. Perret nous a fait à maintes reprises remarquer l'extrême tolérance des petits malades pour l'antipyrine.

Souvent, en effet, nous avons vu dépasser la dose dont la formule est celle-ci : autant de décigrammes que l'enfant a d'années multipliés par 3 ou 4.

Des enfants atteints de coqueluché ou d'énurésie nocturne, âgés de 2 à 4 ans supportent sans aucun malaise des doses journalières de 1 gr. 50 à 2 gr. 50. Des choréiques prenaient par jour 4 à 5 gr. sans être autrement incommodés.

Jamais nous n'avons trouvé dans les observations de faits cliniques rappelant l'intoxication, ni phénomènes nerveux ou gastriques, ni pâleur de la face, ni collapsus, pas plus que de vomissements ou de perte de l'appétit.

Ces faits sont, au reste, constatés déjà dans la thèse de Bouisson (Lyon, 1890).

Les accidents d'élimination cutanée sont aussi fort rares, plus rares même, semble-t-il, que chez l'adulte. Et nos expériences nous l'ont prouvé, elles aussi, car si chez aucun de ces enfants auxquels nous avons donné de l'antipyrine nous n'avons constaté d'éruption, un des 10 adultes qui ont bien voulu m'aider dans des expériences comparatives a

eu une éruption généralisée qui a duré quelques heures, et pour une très faible dose, 0 gr. 50.

Ce fait de la tolérance constatée nous a poussés, MM. Perret et moi, à rechercher si l'élimination urinaire ne se faisait pas plus facilement, plus rapidement chez l'enfant que chez l'adulte.

Nous n'avons rien trouvé, en effet, dans l'histoire de l'antipyrine depuis 1883 qui ait directement trait à ce sujet.

La thèse de Casimir (Lyon, 1886) ne nous apprend rien pour l'élimination, sinon que l'antipyrine ne se retrouve plus dans les urines 48 heures après l'ingestion de la dernière dose, ce qui est presque vrai dans tous les cas.

Dans le *Bulletin de thérapeutique*, 1885, un travail de MM. Meyer et Bardet sur les propriétés physiologiques de l'antipyrine, ne nous révèle rien de précis pour le sujet dont nous nous occupons; il contient en outre une erreur d'interprétation dans les réactions que nous discuterons plus loin.

Dans l'*Italia medica* (5 juin 1884), le docteur Della Cella publie le résultat de recherches faites dans le service de Margliano. Il a employé différents réactifs et s'est arrêté au perchlorure de fer qui lui a donné les meilleurs résultats.

Il a cherché quand commençait l'élimination urinaire et au bout de combien d'heures elle s'arrêtait.

Il ne trouve l'antipyrine dans l'urine que 3 heures après l'ingestion.

Au bout de 4 heures, la réaction est intense et se prolonge pendant 24 et même 36 heures.

C'est là le travail qui se rapproche le plus de notre sujet, et sur plusieurs points nous avons eu des résultats identiques, et ceci d'une façon d'autant plus probante qu'avant-hier nous ignorions encore l'existence de ce mémoire.

Pour déceler dans l'urine la présence de l'antipyrine, deux réactifs commodes se présentaient :

Le perchlorure de fer ;

L'acide azoteux.

Le perchlorure donne dans un liquide chargé d'antipyrine

une coloration rouge foncé ; l'acide azoteux donne une coloration verte.

Le perchlorure de fer, que l'on a facilement à sa disposition, semblait s'imposer comme réactif clinique. Néanmoins nous avons tenu à essayer la réaction par l'acide azoteux, ignorant si elle n'était pas peut-être plus sensible.

Nous avons donc expérimenté ces réactifs :

1° Dans de l'eau chargée d'une quantité connue d'antipyrine ;

2° Dans de l'urine dans laquelle nous avons fait dissoudre un poids connu de ce médicament, et voilà ce que nous avons obtenu : 1° avec le perchlorure de fer ; 2° avec l'acide azoteux :

EXPÉRIENCES.

Nous faisons une solution d'antipyrine dans l'eau à 1/500°.

Nous prenons 2 c. c. de cette solution, soit 2/500° de gramme d'antipyrine, et portons ces 2 c. c. dans 50 gr. d'eau, ce qui donne une solution au 2/25000° ou 1/12500°.

Nous prenons 10 c. c. de ce mélange, et 3 c. c. de perchlorure de fer que nous y versons donnent une belle coloration rouge.

Nous continuons ensuite avec des solutions de plus en plus diluées, dans 60, 70, 80, 90, 100, 110, 120, et jusqu'à 140 c. c. d'eau, et nous trouvons à cette limite extrême de dissolution 1/35000° une réaction visible encore, mais seulement par comparaison ; mais dans 110 gr. d'eau, soit une solution à 1/25000°, elle est très nette et se voit facilement.

Restait à savoir si cette réaction par le perchlorure, si sensible pour une solution aqueuse, décèlerait aussi exactement une solution d'antipyrine dans l'urine.

Nous fîmes alors une deuxième expérience absolument pareille à la première, sauf que l'urine remplaçait l'eau.

Nous avons vu alors que la réaction était moins facile à percevoir, qu'on la pouvait avoir encore par comparaison dans une solution à 2/25000°, mais que, cliniquement, il fallait s'arrêter à une solution de 1/5000°.

Il restait donc acquis, après ces deux expériences que nous répétons plusieurs fois avec des résultats constants que le perchlorure est sensible à une solution d'antipyrine à $1/25000^{\circ}$ dans l'eau et à une solution de $1/5000^{\circ}$ dans l'urine.

Ceci fait, nous avons examiné la réaction par l'acide azoteux.

Pour nous le procurer facilement, nous jetons quelques cristaux de nitrite de soude dans un verre contenant le liquide à examiner et ajoutons quelques centimètres cubes d'une solution au $1/3$ d'acide sulfurique. Il se produit à travers le liquide un dégagement d'acide azoteux. Si le liquide contient de l'antipyrine il se produit une belle coloration vert émeraude.

Nous avons, comme pour le perchlorure de fer, tenté la réaction dans des solutions de plus en plus diluées dans l'eau et dans l'urine.

Dans l'eau on peut avoir la réaction dans une solution à $2/25000^{\circ}$.

Dans l'urine bien claire, bien filtrée on l'a encore dans des solutions à $2/5000^{\circ}$ et même à $2/10000^{\circ}$, mais seulement par comparaison ; aussi, au point de vue clinique ne devons-nous pas y compter.

Nous nous servons donc exclusivement du perchlorure de fer dans nos recherches :

1° Parce qu'il est plus commode à se procurer ;

2° Et surtout parce qu'il est plus sensible et qu'il révèle l'existence de l'antipyrine, n'y en eût-il que 1 gr. dissous dans 5 litres d'urine.

Quand nous eûmes nos réactifs bien en main, nous cherchâmes le moment d'apparition de l'antipyrine dans les urines à partir de l'époque de l'ingestion, partant, il faut bien l'avouer, d'une idée préconçue, que l'apparition devait être plus hâtive chez l'enfant que chez l'adulte. Ce qui est absolument faux, comme l'expérience nous l'a depuis démontré.

Pour savoir au bout de combien de temps après l'ingestion de l'antipyrine le perchlorure donnait une réaction

positive dans l'urine, nous avons fait l'expérience suivante :

A 8 heures du matin nous fîmes donner 0 gr. 50 centigr. d'antipyrine dissous dans un demi-verre de thé à huit enfants de 3 à 6 ans, dont les urines préalablement examinées ne présentaient rien d'anormal, et qui, en outre, n'ingéraient aucun médicament.

Nous fîmes prendre de l'urine de deux d'entre eux à 8 h. 1/2 ;

De deux à 8 h. 40 ;

De deux à 8 h. 50 ;

De deux à 9 h.

En les faisant tous uriner ensuite toutes les heures.

L'examen de ces différentes urines, pratiqué dès le lendemain, nous a donné les résultats suivants :

Dans les urines recueillies après une ingestion de :

30 minutes.... Rien.

40 — Rien.

50 — Réaction positive.

1 heure..... Réaction très forte

qui ne fait que s'accroître pendant les trois heures qui suivent. Les dernières urines, prises 9 heures après ingestion, donnent une réaction encore très nette.

Cette expérience, nous l'avons trois fois répétée, au moins pour les trois premières heures. Les résultats ont été constants.

Nous nous sommes donc cru autorisés à conclure que l'antipyrine peut être révélée dans l'urine de l'enfant 40 à 50 minutes après l'ingestion.

Restait à comparer ce résultat avec ce que l'on obtient chez l'adulte. Quelques stagiaires civils se sont prêtés à l'expérimentation ; l'externe du service et moi-même avons plusieurs fois pris de l'antipyrine pour chercher le moment où commence l'élimination.

Le résultat a été absolument identique à celui déjà constaté chez l'enfant. L'antipyrine est révélée au bout de trois quarts d'heure environ chez l'adulte.

Nous avons été plus loin. A 10 heures du matin M. Ge-

noud, interne des hôpitaux, fait prendre à six pensionnaires du Perron, âgés de 60 à 77 ans, 0 gr. 50 d'antipyrine.

On les fait uriner : un à 10 h. 30, un autre à 10 h. 40, et les quatre autres de 5 en 5 minutes jusqu'à 11 heures, et voici les résultats : rien dans les urines des cinq premiers ; réaction positive dans les urines recueillies 60 minutes après ingestion.

De plus deux autres vieillards 60 et 72 ans, une femme et un homme à qui nous avons donné à la même heure 0 gr. 50 d'antipyrine, ont présenté tous deux la réaction caractéristique 1 heure et 7 ou 8 minutes après ingestion.

Il semble donc bien établi que l'antipyrine apparaît dans l'urine $3/4$ d'heure à 1 heure après l'ingestion, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant et le vieillard.

Ce fait est en contradiction avec ce qu'avait énoncé le docteur Della Cella dans l'*Italia medica* du 5 juin 1884.

Il est en contradiction aussi avec les résultats obtenus par MM. Meyer et Bardet qui prétendent que si l'on traite par du perchlorure de fer l'urine d'un sujet qui a absorbé de l'antipyrine on obtient une coloration bleue noire comme pour le phénol, réaction bien différente de celle qui se produit si l'on agit sur une urine additionnée d'antipyrine, comme si, disent-ils, l'antipyrine se dédoublant dans l'économie par oxydation, régénérerait les produits les plus simples qui ont servi à sa préparation. Cette assertion-là est absolument démentie par les 300 ou 400 réactions que nous avons faites depuis deux mois sur différentes urines. L'antipyrine s'élimine bien en nature, et en tous cas la réaction est exactement la même, que l'on ait ingéré de l'antipyrine ou que l'on en jette dans de l'urine normale.

Le moment d'apparition de l'antipyrine dans l'urine étant le même pour l'enfant et pour l'adulte, nous avons cherché si l'élimination ne se faisait pas d'une façon plus rapide, plus massive, si un enfant mettait autant de temps qu'un adulte à se débarrasser du médicament.

Nous avons fait prendre en trois séries d'expériences 0 gr. 50 d'antipyrine à 24 enfants de 4 à 10 ans, et nous

avons constaté que l'élimination, qui commence au bout de 50 minutes environ, se prolonge *pendant* 15 à 20 heures. Ceci d'une façon presque constante, malgré quelques différences individuelles. Ainsi, nous avons eu deux enfants dont l'urine a présenté la réaction 25 et 30 heures après l'ingestion.

Chez l'adulte, l'élimination semble plus longue.

Constamment, chez 18 sujets adultes, ayant ingéré 0 gr. 50 d'antipyrine, nous avons eu la réaction 24 *et même* 30 heures après.

Notons même un fait assez singulier : l'urine peut, dans le cours d'une expérience, cesser de présenter la réaction et la fournir à nouveau quelques heures après la disparition momentanée de la réaction.

J'ai remarqué que ce fait se produisait dans les urines claires de la digestion, peut-être à cause de leur abondance et de la dilution plus grande de l'antipyrine.

Ce fait servirait peut-être à expliquer certaines erreurs sur la durée de l'élimination rénale du médicament qui nous occupe.

Chez les vieillards de 60 à 77 ans, la durée de l'élimination a été très longue. Nous avons retrouvé chez tous de l'antipyrine 31 heures après ingestion de 0 gr. 50.

De tout ceci, il résulte nettement que si chez l'enfant l'élimination rénale de l'antipyrine ne commence ni plus tôt ni plus tard que chez l'adulte ou le vieillard, il est certain qu'elle se prolonge moitié moins de temps presque que chez le vieillard et un tiers de moins que chez l'adulte. Ceci pour la même dose de 0 gr. 50. Encore devons-nous tenir compte de ce fait que, proportionnellement au poids, la dose est beaucoup plus considérable, toute proportion gardée, pour l'enfant que pour l'adulte.

Resterait à connaître l'accumulation pour des doses plus élevées.

L'élévation de la dose prolonge énormément la durée.

Ainsi, nous avons pris 14 enfants du même âge, en trois séries d'expériences :

Aux 4 premiers on donne. . . 0 gr. 50 d'antipyrine.

Aux 10 autres — . . . 1 gr. —

Au bout de 20 heures les premiers ne présentent plus rien du tout dans les urines, les 10 autres ont présenté la réaction pendant plus de 30 heures.

Chez l'adulte, nous avons aussi cherché les effets de l'accumulation dans une expérience que j'ai dû recommencer plusieurs fois.

X..., Y..., Z..., prennent à la même heure : X... 0 gr. 50, Y... 0 gr. 75, Z... 1 gr. d'antipyrine en une seule fois.

Tous ont l'apparition au même moment.

Au bout de 25 heures, X... n'a plus rien dans les urines, les deux autres ont une belle réaction.

Au bout de 35 heures, Y..., à son tour, n'a plus que des traces, mais Z... a toujours une réaction qui se prolonge pendant 52 heures à partir de l'ingestion.

J'ai tenté sur moi-même une accumulation plus forte, j'ai pris en une seule fois 4 gr. d'antipyrine. Notons que je n'ai éprouvé aucun phénomène gênant, mais pendant 72 heures j'ai eu une réaction par le perchlorure très marquée.

Chez le vieillard je n'ai tenté aucune expérience d'accumulation par prudence.

De tout ceci il nous est permis de tirer trois conclusions :

1° Le vieillard, l'adulte, l'enfant commencent au même moment après l'ingestion l'élimination urinaire de l'antipyrine (soit $3/4$ d'heure à 1 heure).

2° L'enfant a plus vite éliminé son médicament que l'adulte, celui-ci à son tour plus vite que le vieillard.

3° Les conditions d'accumulation du médicament n'influent nullement sur la date d'apparition du médicament dans l'urine, mais exagèrent notablement sa durée.

PERFORATION

DE L'APPENDICE ILÉO-CÆCAL

PAR LES D^{rs} GOULLIoud ET ADENOT

Les observations de perforation spontanée de l'appendice iléo-cæcal ne se comptent plus. Elles sont fréquentes et l'indication opératoire hâtive admise par tous les chirurgiens. Quelquefois, malheureusement, les symptômes sont si peu accusés que le diagnostic reste forcément en suspens jusqu'à ce que l'explosion des phénomènes abdominaux se déclarant tout d'un coup et avec une impétuosité extrême ne laisse plus de doute sur la lésion existante ; mais déjà il est trop tard et la laparotomie n'est plus efficace.

Il n'est pas d'ailleurs toujours facile de faire la part de ce qui revient à l'appendice dans les inflammations péricæcales. Il y a deux ans à peine on ne parlait plus que d'appendicites et de péritonite appendiculaire avec Maurin, et voici Mariage qui, dans sa thèse récente (Paris, 1891), tend à replacer les inflammations du cæcum proprement dites à leur juste place.

Si le point de départ de la lésion peut être discuté, on peut de même cliniquement à côté des faits de péritonite généralisée à symptômes complètement latents, tels que les deux observations rapportées par Trèves, et dues, l'une à Buck, l'autre à Fitz, on peut ranger ceux dans lesquels ces symptômes sont trop peu accusés pour entraîner la conviction dans l'esprit du chirurgien le plus disposé à l'intervention. Aussi croyons-nous que l'observation suivante présente à ce titre et à quelques autres un certain intérêt. Dans ce cas, en

effet, le chirurgien qui cependant se tenait sur ses gardes ne se crut pas autorisé à intervenir hâtivement à cause de la bénignité des symptômes.

Le samedi matin 4 avril 1891, l'un de nous est appelé auprès d'une malade qui avait eu un vomissement dans la nuit.

Il s'agit d'une jeune fille, M. M., âgée de 18 ans. Les renseignements que nous recueillons sur sa famille sont les suivants :

Le père est mort, il y a 11 ans, à l'âge de 35 ans, des suites d'un ramollissement cérébral. Il fut traité à l'hospice de Saint-Jean-de-Dieu.

La mère paraît très bien portante.

Un enfant serait mort à l'âge de 7 ans des suites d'une méningite (?). Une autre sœur vivante est ordinairement d'une santé satisfaisante.

Les antécédents personnels de notre malade sont assez banals. Elle a été réglée à 14 ans, a toujours joui d'une santé parfaite. A eu la rougeole il y a quelques années.

Jamais ni toux, ni hémoptysie.

L'aspect général au moment où nous la voyons pour la première fois est celui d'une fille vigoureuse, bien constituée.

Le dimanche 5 avril elle fit en compagnie de sa mère et de ses sœurs une promenade à pied à la Mulatière, c'est-à-dire de plus de 6 kilomètres. Le lundi 6 et le mardi 7 elle se portait absolument bien.

Le mercredi 8 avril, elle eut après le déjeuner du matin un vomissement alimentaire qui se renouvela le soir. Ses règles étant en retard de huit jours environ, et la jeune fille ayant souvent des vomissements prémonitoires la veille de ses époques, elle ne s'en alarma aucunement. Son état général d'ailleurs était très satisfaisant, elle ne souffrait aucunement du ventre.

Le jeudi soir 9 avril, elle éprouva dans le ventre une douleur légère sans localisation, un malaise plutôt, elle s'alita de bonne heure et eut ses règles dans la nuit. Jusque là

elle n'avait cessé de s'alimenter sans que les vomissements augmentassent en aucune façon.

Le vendredi 10 avril elle eut dans la matinée un vomissement alimentaire après son déjeuner; elle l'attribua à l'apparition de ses règles dans la nuit. Elle ne cessa de manger un peu, de boire, surtout du bouillon, et de se lever.

Samedi matin 11 avril, la malade a encore vomi dans la nuit à trois reprises.

Nous la voyons alors pour la première fois. Son aspect général est bon, la face n'est pas grippée; elle répond parfaitement à nos questions et met tous les accidents sur le compte de ses règles et se croit simplement indisposée.

Les vomissements de la nuit sont simples. Notre attention est attirée immédiatement du côté de l'abdomen qui est très légèrement ballonné; la jeune fille, la mère affirment que le ventre est gros habituellement. Elles ne le trouvent pas plus volumineux.

La malade ne se plaint que d'une douleur légère, diffuse dans tout l'abdomen. Cette douleur ne serait que d'une façon très douteuse plus marquée du côté de la fosse iliaque droite. Il existe au niveau du cæcum du gargouillement que nous retrouvons également dans la fosse iliaque gauche. Il n'existe au niveau de l'ampoule cæcale, ni aspect de boudin, ni douleurs très vives nous autorisant à soupçonner une typhlite ou pérityphlite, pas d'œdème, en un mot pas de symptômes localisés. Langue sale au milieu, rouge sur les bords. Le thermomètre placé dans le rectum marque 39°,5.

Il y a eu les jours précédents une céphalalgie assez forte qui a disparu presque complètement. Pas d'épistaxis. Rien de net dans la région de la rate. Pouls radial gauche faible, mais non filiforme.

Rien aux poumons.

Par le toucher rectal nous ne percevons que des matières molles. Il y a de la constipation depuis mercredi soir.

Samedi soir. A la suite d'un lavement glyceriné, il y a eu expulsion dans la journée d'une certaine quantité de matières.

De la glace a été maintenue toute la journée sur le ventre qui est encore moins douloureux que le matin. L'empâtement général et le ballonnement n'ont ni diminué, ni augmenté. Pas de nouveau vomissement.

T. R. 39°,5.

Dimanche 12 avril, 2 heures de l'après-midi. La nuit a été bonne, pas de vomissement. Le premier vomissement de la journée a eu lieu vers 9 heures du matin et s'est renouvelé une seconde fois ; le liquide rendu est jaunâtre, sans odeur fécaloïde. Douleur moins vive dans la fosse iliaque droite, mais plus accusée à gauche vers l'S iliaque ; la moindre pression arrache un cri à la malade. Le ventre paraît un peu plus ballonné.

Tympanisme généralisé. Dans les fosses iliaques il existe une submatité douteuse. A droite, cependant, il nous semble trouver une submatité plus étendue et plus nette. Nous ne trouvons pas de submatité tout à fait en arrière. D'ailleurs il est très difficile d'examiner la malade dans un lit vaste et élevé.

Il nous semble éprouver au-dessus du pubis la sensation de flot, nous la recherchons avec soin et alors elle nous semble au moins douteuse. Les règles ont continué aujourd'hui.

Déjà la veille au soir nous pensions à une lésion du côté de l'appendice iléo-cæcal ; quant à la possibilité d'une hématocele, nous n'y pensions plus guère. Le toucher vaginal que nous avions reculé le plus possible à cause de la présence de l'hymen, ne nous apprit à cette heure rien de concluant. Le cul-de-sac postérieur du vagin était souple ; peut-être existait-il cependant du liquide. Le signe de M. Tripier n'existait pas nettement.

Nous avertissons la mère du danger qui menace sa fille et de l'éventualité d'une opération. Aussi sommes-nous très surpris le soir, vers 6 heures, en revenant auprès d'elle, de trouver cette dernière assise dans un fauteuil, malgré nos recommandations d'immobilité.

A cette heure nous insistons pour la faire transporter

immédiatement à l'hôpital. Après une lutte très vive avec la famille qui ne peut croire à la gravité des symptômes, en somme peu accusés, la jeune fille est transportée à la Charité. Le docteur Goullioud appelé crut pouvoir retarder l'opération jusqu'au lendemain matin.

L'état général de la malade était à ce moment, en effet, satisfaisant, *il n'y avait pas eu de vomissement depuis plusieurs heures*, le transport de la malade, les secousses ne les avaient nullement provoqués.

Le ventre était bien un peu ballonné, mais sans douleur fixe, sans matité nette.

La sensation de flot ne put être retrouvée, malgré un examen méticuleux. Le pouls radial, que nous avons constaté à gauche petit, dépressible, était à droite plus plein, plus ample. Probablement, il existait une anomalie artérielle.

Bref, en présence de l'atténuation presque des symptômes la laparotomie est retardée jusqu'au lendemain matin à la première heure.

Le lundi, à sept heures, l'intervention ne peut être retardée. Des vomissements porracés se sont déclarés dans la nuit, et les symptômes, presque larvés, ont éclaté brusquement.

A ce moment, outre les signes généraux de la péritonite, on constate de la matité dans le flanc droit, une matité un peu moindre dans le flanc gauche et dans la région hypogastrique, c'est la matité d'un degré faible d'ascite. On a aussi une sensation de flot très délicate à percevoir; le signe de Scanzoni-Tripier fait défaut. Bref, on peut affirmer qu'il existe dans le péritoine un épanchement non enkysté.

Cependant, l'état général n'était pas encore mauvais : facies vultueux plutôt que grippé; pas de refroidissement périphérique; pas de gêne respiratoire; le diaphragme se contracte bien.

On peut donc espérer que la péritonite a eu une certaine tendance à l'enkystement. Cependant il existe un épanche-

dcl.

Cæcum et Appendice.

—  Orifice cæcal de l'appendice.

L'appendice est très dilaté. A sa base se trouve la perforation que la planche ne montre pas assez nettement.

ment purulent suivant toute apparence; on n'a aucune hésitation sur la nécessité de l'évacuer et de drainer.

Opération. — Anesthésie à l'éther. Le docteur Goullioud pratique sur la ligne blanche une incision de la peau de 8 cent., moindre du péritoine, mais laissant largement passer deux doigts. Un flot de pus s'écoule; le pus remplit toute l'excavation; les anses intestinales surnagent.

Deux doigts de la main gauche introduits par la boutonnière abdominale pénètrent dans le Douglas. En même temps on franchit par le vagin le cul-de-sac de Douglas avec le trocart de M. Laroyenne.

Pour ne pas avoir à employer le procédé hémostatique de l'éponge à cheval, on dilate le point de ponction du cul-de-sac postérieur avec le dilatateur Tripier.

Deux gros drains sont placés dans ce cul-de-sac postérieur, fixés ensemble par une épingle anglaise.

L'exploration de la région du cæcum fait constater des adhérences; on croit devoir les respecter; mais à cause de la matité constatée du flanc droit, on fait en dehors de la masse sacro-lombaire, bien en arrière du cæcum, une incision verticale; elle donne écoulement, comme les deux incisions précédentes, à un flot de pus; deux gros drains sont placés sous le bord postérieur du foie.

La fosse iliaque gauche semble suffisamment drainée par les incisions médianes.

Drain et mèche iodoformée dans l'incision abdominale.

Pas de lavage du péritoine.

14 avril. A la suite de l'opération, rapidement exécutée, il se produisit une amélioration très notable: la malade est calme, se dit très soulagée de douleurs vives la nuit précédente; les vomissements porracés cessent pendant 24 heures; le pouls est devenu meilleur, toujours très rapide, 140; le diaphragme joue bien; miction spontanée; vents sonores. Mais la température n'a pas baissé, elle reste à 39°,5.

15 avril. Les vomissements ont reparu; la malade faiblit sans éprouver de douleurs vives. La température monte à 40°,2, puis 40°,8, et la malade meurt le soir à 8 heures.

Autopsie. — Une incision médiane étendue tombe sur un épiploon sain, adhérent seulement à la périphérie; le petit bassin bien drainé ne renferme pas de pus.

Une incision transversale de l'ombilic au flanc droit montre que tout le long du cæcum il y a des adhérences entre cet intestin, les anses intestinales voisines, l'épiploon et la paroi abdominale; mais ces adhérences cloisonnent cinq ou six cavités purulentes.

Fait important, il existait bien à la partie supérieure du cæcum des adhérences irrégulières, mais celles-ci étaient absentes au niveau de la perforation, si bien qu'on eut beaucoup moins de peine à déplier les anses de l'intestin grêle à gauche du cæcum et dans le petit bassin que les anses de l'intestin grêle voisines du côlon ascendant.

En arrière du cæcum, les drains de l'incision postérieure drainent bien une cavité qui remonte jusqu'au bord postérieur du foie.

Les adhérences ont protégé le flanc gauche au-dessus de la fosse iliaque, l'estomac, le diaphragme en grande partie, car on trouve une nouvelle collection limitée au-dessus de la rate, entre celle-ci et le diaphragme. Il semble que le pus a dû fuser le long du bord antérieur du foie.

A la base de l'appendice apparaissait une perforation de la grandeur d'une pièce de 20 centimes.

L'appendice présentait une coloration lie de vin, un volume augmenté notablement. Dirigé obliquement en arrière et en dedans, son extrémité libre et son bord inférieur étaient contigus à l'ovaire du même côté. L'un et l'autre se trouvaient agglutinés par des fausses membranes, du pus et du sang.

L'ouverture du cæcum laissait apercevoir sur la muqueuse quelques petites ulcérations irrégulières. L'orifice de l'appendice dans le cæcum était, comme le représente la figure ci-jointe, punctiforme, non largement béant et rétréci par la valvule de muqueuse saine signalée comme fréquente par Gerlach.

Par la lumière de l'appendice, on ne faisait sourdre qu'une

bouillie épaisse rougeâtre, sans qu'il fût possible de reconnaître des matières fécales.

On n'a pu trouver de calcul stercoral.

Il n'existait à la surface du péritoine aucune trace de granulation tuberculeuse.

Les poumons n'ont pu être malheureusement examinés, la malade étant réclamée. La palpation des bases pulmonaires ne laissait soupçonner aucune induration du parenchyme.

L'examen microscopique de la pièce, faite au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, a permis d'affirmer qu'il ne s'agissait pas de tuberculose intestinale.

Les plaques de Peyer étaient saines. Elles avaient bien très légèrement l'apparence classique de la barbe fraîchement rasée, [mais cet aspect pouvait bien naturellement s'expliquer par une congestion secondaire. D'ailleurs, en aucun point elles n'étaient ulcérées.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal de toute la région était sain, de même celui du méso de l'appendice.

En résumé, nous nous trouvions en présence d'une perforation de l'appendice iléo-cæcale, accompagnée de rares et très petites ulcérations de la muqueuse du cæcum.

Nous ne voulons pas bien entendu revenir à propos de ce fait malheureux sur l'histoire des appendicites. Nous insisterons simplement sur la disposition des fausses membranes, qui très nombreuses dans l'abdomen se trouvaient absentes dans le point où elles auraient été le plus nécessaires, c'est-à-dire autour de la perforation.

C'est là certainement qu'il faut chercher la cause de l'étendue de la péritonite, étendue favorisée sans doute par l'indocilité de la malade, qui s'est levée pour ainsi dire jusqu'au moment de l'intervention.

Ce cas nous paraît une forme intermédiaire entre les cas d'appendicite perforante, à péritonite brusquement généralisée, et celles au contraire où une péritonite adhésive antérieure ou concomitante à la perforation limite les lésions et permet une évacuation tardive et heureuse du pus et des corps étran-

gers dans le rectum, au-dessus de l'arcade crurale ou à l'ombilic.

La marche lente de la péritonite, son évolution en huit jours, l'état encore satisfaisant de la malade alors que nous la voyions pour la première fois le cinquième jour, nous faisaient supposer avec raison, lors de l'intervention, que la péritonite n'avait pas été d'emblée généralisée, que des adhérences nombreuses avaient dû se former et peut-être protéger la partie supérieure de la cavité péritonéale.

De cette idée, que l'autopsie nous a montrée vraie en partie, découlait pour nous l'indication bien nette d'ouvrir les collections existantes et constatées, bien qu'elles ne fussent pas enkystées; de drainer en un mot la cavité péritonéale, pour empêcher, s'il était encore temps, la diffusion du pus jusqu'au diaphragme. Nous en déduisions aussi la contre-indication du lavage du péritoine et du déroulement de l'intestin. La péritonite adhésive aurait rendu le lavage du péritoine absolument illusoire. Si tardivement appliqué, il n'aurait pu être que dangereux.

Cette même idée vraie, d'une péritonite partiellement adhésive, rendait inutile la recherche de la perforation de l'appendice et son exérèse. En ne la pratiquant pas, nous risquions tout au plus une fistule intestinale, qui aurait demandé peut-être une intervention secondaire.

L'autopsie nous a révélé une fusée le long du bord antérieur du foie, jusqu'à la rate, et la formation à ce niveau d'une collection qui échappait à toute intervention.

Elle nous a montré aussi qu'une incision verticale le long du cæcum et du côlon ascendant nous aurait permis d'ouvrir plusieurs foyers plus ou moins enkystés entre le cæcum, les anses voisines de l'intestin grêle, de l'épiploon.

Dans un cas analogue, mais il est probable que les cas varient ici à l'infini, nous ajouterions cette incision le long du cæcum aux trois incisions que nous avons faites en pleins foyers purulents, et qui malheureusement ne réalisaient qu'en partie le drainage du péritoine.

En résumé, cette observation vient encore à l'appui de

l'opinion de ceux qui préconisent, avec Roux (de Lausanne), etc., l'intervention hâtive.

Malheureusement, comme le dit Mariage dans sa thèse, les symptômes précis qui commandent l'intervention, ou le moment exact de l'intervention, font défaut ou n'ont pas encore été décrits, nous parlons surtout des faits à débuts insidieux (1).

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE.

L'*examen bactériologique* du pus, que nous avons pratiqué au laboratoire de médecine expérimentale à la Faculté, nous a révélé la présence du *bacillus coli communis*. Les cultures dans le bouillon, sur gélatine ou sur pomme de terre, ont été constamment pures. Le bacille en question se distinguait cependant du *bacillus coli communis* typique par la faible coloration de ses cultures sur pomme de terre; nous avons eu affaire à la variété de l'*albus*. M. Rodet a depuis longtemps remarqué que le *bacillus coli communis* diminuait de pouvoir chromogène en déterminant des lésions. Cette opinion est corroborée par des expériences récentes de MM. Charrin et Roger (C. R. Soc. de Biologie, 21 fév. 1891), sur les angiocholites dues au même microbe.

Les péritonites aiguës consécutives à la perforation du conduit appendiculaire seraient le plus souvent causées par le *bacillus coli communis*, ou du moins c'est lui principalement qui a été trouvé dans les produits septiques du péri-

(1) Depuis lors l'un de nous a eu l'occasion de voir chez un de ses enfants, âgé de 5 ans, l'évolution spontanée et heureuse par ouverture dans le rectum d'une collection péricæcale, considérée comme une péri-typhlite par M. le prof. Fochier. Aucun symptôme péritonéal persistant n'indiquait une intervention hâtive, et l'évolution ultérieure a donné raison à une expectation de quelques jours. On n'est donc pas autorisé à faire toujours table rase de l'observation ancienne qui admettait comme fréquente la terminaison heureuse et spontanée de la péri-typhlite.

toine (1). Cela ne veut pas dire sans doute que ce microorganisme soit la cause directe de la perforation; mais l'explication donnée par M. Talamon, en 1882, à la Société anatomique se concilie parfaitement avec cette hypothèse; d'après lui, les parcelles fécales qui ont pu pénétrer dans l'appendice à travers le pore cæcal oblitèrent l'orifice de dégagement de ce canal, les parois sont comprimées, la circulation de leurs vaisseaux de retour est gênée, par suite, les produits de la sécrétion muqueuse s'accumulent dans l'appendice et le distendent; les vaisseaux des parois sont par suite comprimés, la vitalité de ces dernières est diminuée, et les microbes, qui normalement pullulaient à leur surface, inoffensifs à l'état normal, impuissants contre des éléments sains, triomphent sans peine des éléments privés du liquide sanguin nourricier, et pullulant de proche en proche, détruisent, ulcèrent ces parois. Roux (de Lausanne) fait jouer, au contraire, un plus grand rôle à la distension mécanique. On peut voir par la planche ci-jointe que, en effet, l'organe peut être très augmenté de volume.

Quelle que soit la cause de la perforation de l'appendice, les produits qui se déversent dans le péritoine par cette ouverture empruntent leur septicité au *bacillus coli communis*.

Dans les perforations d'autres segments de l'intestin, Bienstock, Gessner, etc., ont signalé d'autres microorganismes dont nous n'avons pas à nous occuper.

(1) *Laruelle* : Étude bactériol. sur les péritonites par perforation. La Cellule, Wurtzburg, 1889. — *Ricard*. *Gaz. des hop.* 1891. — *Achalme et Courtois-Suffit*. Rôle des microbes dans l'étiologie et l'évolution des péritonites aiguës. *Gaz. des hopitaux*, nov. 1890.

SUR LES RÉCIDIVES

DES

KYSTES DES MAXILLAIRES

PAR LE D^r CH. AUDRY

En 1888, nous eûmes l'occasion de présenter à la Société de biologie des coupes d'un kyste multiloculaire du maxillaire inférieur opéré par M. le prof. Léon Tripier. Ces coupes offraient quelque intérêt, parce qu'elles fournissaient à M. Malassez un nouvel argument pour appuyer sa théorie encore alors discutée, de l'origine épithéliale paradentaire de ces curieux néoplasmes (1).

Nous avons pu récemment pratiquer un examen complet d'un kyste opéré par M. le prof. Ollier; mais cet examen comportait un intérêt spécial, car il portait sur des pièces provenant d'une tumeur récidivée à forme relativement grave.

L'étude microscopique de faits semblables n'a été que fort rarement pratiquée; c'est pourquoi nous avons jugé à propos de faire connaître l'observation suivante :

Victoire G..., âgée de 44 ans, entrée à la Clinique chirurgicale le 1^{er} mai 1891. Elle ne présente aucun antécédent héréditaire, et s'est toujours bien portée. Sa dentition a évolué normalement. Elle est actuellement mariée et mère de quatre enfants. Depuis quelques mois, sa menstruation est un peu irrégulière.

(1) Pour l'étude anatomo pathologique des tumeurs kystiques des maxillaires, le lecteur consultera les trois grands mémoires suivants : Eve : *Brit. med.*, 1880. — Malassez : *Arch. de phys.*, 1885. — Albaran : *Revue de chirurgie*, 1888.

Lors de son premier accouchement, c'est-à-dire à l'âge de 20 ans, la malade souffrit de violentes douleurs névralgiques de la face, occupant surtout la mâchoire inférieure. A partir de cette époque, la malade vit ses molaires se carier et s'éliminer par fragments, sans accidents douloureux.

Il y a six ans, elle reçut sur la mâchoire inférieure un coup assez violent. Quelques jours plus tard, elle sentit de vives douleurs suivant le trajet de son nerf maxillaire inférieur droit, et elle s'aperçut de la présence d'une petite tumeur, grosse comme une noisette, occupant la face externe de la partie antérieure, juxta-mentonnaire, de la branche droite de la mâchoire inférieure. Cette tumeur, d'ailleurs indolente, s'accrut progressivement sans occasionner de bien grandes douleurs, et la malade entra alors dans le service de Daniel Mollière où nous la vîmes pour la première fois. Le kyste fut largement ouvert, gratté et tamponné. A cette époque, elle présentait au point indiqué plus haut une cavité lisse, allongé de 0,02 ou 0,03 sur son grand axe.

La tumeur se reproduisit avec une assez grande rapidité et toujours progressivement; elle fut plusieurs fois ponctionnée. Bientôt s'établirent deux fistules: l'une, occupant le bord inférieur de la tumeur, donnait issue à un liquide clair, aqueux; l'autre, siégeant à la partie antéro-supérieure, non loin du rebord alvéolaire, laissait suinter un peu de pus.

A l'entrée de la malade, elle se trouve dans l'état suivant:

Toute la partie mentonnaire du maxillaire inférieur est envahie par une infiltration néoplasique d'aspect spécial, qui s'étend sur la branche droite de l'os presque jusqu'au bord antérieur du masséter, et un peu moins sur la branche gauche.

Cette infiltration néoplasique est constituée par une grande quantité de kystes d'aspects et de dimensions infiniment variés. Le plus considérable siège à droite et atteint à peu près le volume d'une noix. Il en existe sur la ligne médiane toute une série; leur paroi propre est recouverte par la muqueuse normale quoique très amincie; ils sont très fluctuants. Quelques-uns présentent de la crépitation parcheminée. La lésion occupe surtout la table externe, antérieure du maxillaire qui est gonflé et refoule en avant les lèvres et les téguments du menton. La face intrabuccale du maxillaire paraît moins déformée, quoique également envahie.

Les alvéoles ne sont pas ulcérées; les incisives et les canines du maxillaire malade existent toutes, mais très ébranlées; les premières molaires droites manquent.

Au maxillaire supérieur, il ne subsiste que quelques molaires. Un peu au dessous du bord alvéolaire de la mâchoire malade existe un petit conduit fistuleux sous-muqueux qui donne issue à un peu de pus.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire; l'état général est excellent; tous les viscères sont sains.

Elle fut opérée le 25 mai par M. le prof. Ollier, qui réséqua toute la

portion moyenne du maxillaire en dépassant largement les limites du mal.

Nous ne nous occuperons pas des destinées chirurgicales de notre malade; bornons nous à dire que les suites opératoires locales furent simples, et qu'on procéda immédiatement à une prothèse provisoire constituée par une pièce en gutta posée aussitôt par M. Martin.

Sur la pièce on constate que toute la partie moyenne de l'arc maxillaire est envahie dans toute son épaisseur par une grande quantité de kystes dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'une tête d'épingle. Les plus petits passent probablement inaperçus à l'œil nu, perdus et dispersés dans une manière de stroma blanchâtre disposé entre les kystes ou aggloméré en petites masses solides à côté des kystes macroscopiques. Il est impossible de ne pas être frappé de la ressemblance que présente l'aspect général avec celui de certains kystes de l'ovaire.

Parmi les kystes de notre tumeur, les uns sont pleins d'un liquide rosé, séreux; d'autres, de liquide blanchâtre et visqueux; d'autres, enfin, d'un liquide ambré, citrin. Leur paroi d'enveloppe, quelquefois très mince, transparente, est d'autres fois épaisse, blanche à la coupe. Les plus superficiels sont directement situés sous la muqueuse qu'ils distendent. On retrouve sur la face postérieure des traces de périostite engainant la tumeur sur sa face buccale. Le tissu osseux est en certains points presque complètement détruit, dissocié; les dents qui plongent encore dans leurs alvéoles arrivent indirectement au contact de l'infiltration néoplasique, mais la muqueuse gingivo-alvéolaire qui persiste empêche leur pénétration immédiate. Toutes, de structure normale, sont complètement chancelantes.

L'examen d'une série de coupes pratiquées en cinq points différents de la tumeur par mon collègue et ami le docteur E. Lacroix ou par moi, dans le laboratoire de M. le prof. Renaut, nous a donné les résultats suivants (1) :

La tumeur est constituée par un tissu épithélial ou mieux épithéliomateux affectant avec un tissu conjonctif particulier des rapports spéciaux.

Tissu épithélial. — Il y a lieu de l'étudier : 1° sur la face interne des grands kystes; 2° dans les cloisons conjonctives; 3° dans les masses dont il forme la presque totalité.

1° La face interne des kystes est très généralement revêtue d'une épithélium polymorphe d'apparence variable et souvent singulière. Tantôt, la cavité remplie par un exsudat granuleux, amorphe, est bordée par une seule rangée de cellules épithéliales juxtaposées, rangées en couches génératrices, cylindriques, quelquefois un peu aplaties; tantôt, cette

(1) Pièces fixées par l'alcool, durcies par l'acide picrique, la gomme et l'alcool; colorées par le carmin aluné associé ou non à l'éosine, montées dans le Dammar.

couche est revêtue d'une ou plusieurs autres couches d'éléments épithéliaux qui sont comme dissociés, écartés les uns des autres; çà et là ces couches superficielles arrivent à former de véritables bourgeons saillants à l'intérieur de la cavité kystique; en pareil cas, le plan de cellules épithéliales en contact avec le stroma conjonctif perd en partie son aspect régulier. Si l'on examine avec attention les éléments épithéliaux qui entrent dans la constitution de ces bourgeons, on leur trouve un aspect et des détails particuliers. Ces cellules sont volumineuses, irrégulières, souvent allongées. Le noyau, généralement gros, affecte des formes très variées. Le protoplasma paraît clair, comme semé de vacuoles. Nulle part, malgré tous les soins apportés à cette recherche, nous n'avons pu découvrir de traces authentiques de karyokynèse. Enfin, sur leurs bords, ces grandes cellules présentent des prolongements étoilés, fins et délicats qui sont exactement représentés dans les figures de M. Malassez, et qui rappellent l'aspect offert par les coupes portant sur la masse muqueuse de Huxley, de la dent en évolution.

2° Dans les cloisons qui séparent les grands kystes, entre les éléments conjonctifs fibreux ou autres que nous décrirons tout à l'heure, on trouve de longues et grêles traînées d'épithélium. Celui-ci est disposé sur une épaisseur de trois ou quatre plans de cellules: les plus externes offrent sur l'un et l'autre côté l'apparence très nette de cellules cylindriques rangées en couches génératrices.

Au centre de la traînée, on voit apparaître de petits exsudats granuleux amorphes: c'est le début d'un clivage produit par l'évolution de l'épithélium vers la formation kystique.

3° Celle-ci s'étudie plus facilement sur les coupes qui portent sur des masses compactes, presque solides. Ici l'épithélium s'étale à l'aise, avec une grande richesse. Il n'est pas différent de celui que nous avons décrit; çà et là il pousse des prolongements tubulés coupés plus ou moins obliquement. Les cellules cylindriques, radiées, forment le contour de petits espaces clairs; ceux-ci sont remplis de l'exsudat ordinaire aux kystes, et où nagent quelques cellules déformées. Entre ces tubes, dont les dimensions varient à l'infini, on trouve quelques-uns de ces éléments singuliers, d'aspect adamantin que nous avons signalés. Le tout est traversé par des masses de tissu conjonctif.

Tissu conjonctif. Celui-ci offre deux aspects bien différents; dans les cloisons robustes des grands kystes, au-dessous de la muqueuse buccale, on le voit à l'état de tissu fibreux ordinaire.

Sous la muqueuse buccale dont les papilles sont de loin en loin un peu allongées, *mais dont l'épithélium n'arrive jamais en contact avec celui du néoplasme*, il constitue un derme épais, traversé par des lymphatiques bourrés de leucocytes d'origine inflammatoire. Dans les cloisons il est traversé par des fusées épithéliales; toujours il reste à l'état de tissu adulte et fibreux.

Il n'en est pas de même dans les zones qui servent de support immédiat à l'épithélium de la tumeur : il a ici toutes les apparences du tissu myxomateux constitué par des cellules conjonctives stellaires noyées dans un stroma amorphe, délicat, etc. Ce tissu myxomateux pousse dans l'intérieur des masses épithéliales des bourgeons le plus souvent accompagnés (ou suivis) de gros capillaires plus ou moins enroulés. Dans les coupes portant sur les masses solides, les cellules et les tubes épithéliaux sont entremêlés de petits noyaux myxomateux dont on ne peut plus apercevoir les pédicules.

Enfin, en certains points du tissu conjonctif, on retrouve les cellules à noyaux multiples ; ces cellules sont relativement petites et leurs noyaux très colorés sont fort nombreux. De telle sorte que leur aspect les fait prendre un instant, mais à tort, pour des sections de lymphatiques.

En aucun point, on ne trouve de traces de cellules sarcomateuses rondes ou fusiformes, ni de cellules épithéliales mucipares.

Ainsi, nous avons affaire à une tumeur épithéliale qui a, dans une certaine mesure, gardé son cachet de tumeur née d'éléments adamantins embryonnaires, c'est-à-dire d'une malignité histologique réelle.

On voit qu'elle entre exactement dans le cadre des observations de M. Malassez, qui, on le sait, a pu généraliser et établir définitivement une donnée entrevue par Falkson : l'origine adamantine des kystes des mâchoires.

Notre observation doit son intérêt à ce que les examens histologiques de kystes récidivés sont rares. Elle vient après ceux de Heath et Doran, Eve et Parker, Albarran-Trélat.

On sait parfaitement que les tumeurs kystiques des maxillaires récidivent volontiers. A la vérité, il s'agit là surtout de récidives par continuation directe ; l'histologie de ces tumeurs explique facilement comment et pourquoi elles se sont reproduites constamment après des interventions partielles : incision, ponction, raclage, cautérisation, drainage, mais jamais après des résections totales.

Quel degré de malignité faut-il donc reconnaître aux kystes des mâchoires ? On admet qu'elles peuvent : 1° se généraliser ; 2° se reproduire.

I. — *Généralisation*. — Le premier cas de généralisation

est celui de Heath (1). Il se rapporte à un gentleman auquel Fergusson incisa et draina en 1847 une tumeur kystique du maxillaire inférieur. Heath eut, en 1847, l'occasion de lui faire une opération partielle qui fut insuffisante, car, en 1879, il dut lui réséquer une partie de la mâchoire. Le malade mourut avec des signes de généralisation, des tumeurs secondaires de l'épaule, du bassin, etc. A l'examen histologique de la tumeur deltoïdienne et du néoplasme buccal, Doran trouva un *sarcome à cellules rondes*. Plus tard, Eve put refaire l'examen de la tumeur maxillaire, où il découvrit des tubes épithéliaux tortueux et petits. Il est vraisemblable d'admettre que la généralisation fut due à cette transformation sarcomateuse secondaire d'une tumeur primitivement épithéliale; c'est en tant que sarcome qu'elle s'est généralisée.

Mais Eve et Parker (2) ont vu succomber un malade dans les ganglions thoraciques duquel ont été retrouvées les cellules adamantines de la tumeur primitive : nouvelle et belle confirmation de la loi de Muller et de la spécificité cellulaire chère à M. Bard. Du reste, cette dernière observation est unique jusqu'à présent.

II. — Une transition facile des cas qui précèdent à la simple récurrence nous est fournie par une autre observation de Heath : Un homme de 22 ans fut ponctionné, incisé, drainé d'un kyste maxillaire en 1871. La tumeur s'étendit et envahit même la peau; il fallut faire une résection assez étendue de la branche droite du maxillaire inférieur. En 1883, il dut être opéré pour une tumeur ayant envahi et ulcéré la joue et la région adjacente à l'ancienne tumeur. En pareil cas, un kyste aurait récidivé sous forme de tumeur nettement maligne. Cependant il faut noter qu'on peut conserver des doutes sur la signification réelle de la première tumeur enlevée qui pouvait fort bien être un véritable sarcome plus ou moins kystique.

(1) Heat : *Maladies des mâchoires* (trad. par Darin).

(2) Cités par Albarran.

III. — Le cas de Guibout, les deux observations de Herbet (d'Amiens) (1) ont montré que des kystes dentifères pouvaient récidiver sous forme de tumeur polykystique.

James Paget vit un kyste uniloculaire récidiver deux fois. Chez un malade atteint d'une tumeur polykystique du maxillaire inférieur que n'avaient pas guéri l'incision, le drainage, etc, Letenneur (de Nantes (2) fit l'extirpation, se bornant à conserver une mince tige de maxillaire pour en sauver la continuité. La récurrence eut lieu dix ans plus tard.

Albarran put examiner les pièces provenant d'un malade qui fut quatre fois opéré par Trélat d'un kyste de la mâchoire supérieure. Il y retrouva des éléments adamantins.

Nous devons à M. le prof. Ollier la communication d'un cas bien singulier qui doit être rapproché des précédents.

En 1869, il eut à traiter un enfant de 8 ans, présentant dans la fosse canine gauche une tumeur oblongue; il enleva cette tumeur qui était solide, mais molle, constituée par un tissu lie de vin qui contenait une dent. Le malade guérit. En 1885, il le vit revenir à son cabinet : il présentait dans la cicatrice intrabuccale de son ancienne opération cinq véritables petites dents, semblables à des dents de rats, solidement implantées dans des alvéoles et qui furent extraites.

Ainsi une tumeur dentaire a pu réapparaître bien plus tard, sous forme de dents véritables.

On peut admettre que les récurrences qui apparaissent après l'incision, le drainage, l'excision, etc., convenablement exécutés des kystes des maxillaires sont réellement exceptionnelles eu égard à la fréquence relative de ces tumeurs.

Cependant, de notre cas et de ceux qui précèdent, on doit conclure qu'il est nécessaire d'intervenir très largement et d'assurer la destruction complète de tout le tissu néoplasique.

(1) Société de chirurgie, 1878, p. 412.

(2) Société de chirurgie, 1861, 1873.

Enfin, de notre fait et de celui d'Albarran, il ressort que *la récurrence des épithéliomas kystiques du maxillaire respecte leur structure histologique primitive, et peut s'effectuer en conservant dans quelques-unes de ses parties le type adamantin de Falkson-Malassez.*

DU LAIT STÉRILISÉ

ET DE
SA VALEUR ALIMENTAIRE CHEZ LES NOURRISSONS

PAR LE D^r VINAY

I

Je présente un appareil destiné à la stérilisation du lait et à son emploi dans l'alimentation des enfants du premier âge ; il a été fabriqué sur le modèle donné par Soxhlet, et se compose essentiellement de deux parties :

Figure 1

Figure 2

- a) D'un support pour les bouteilles (fig. 2).
- b) D'une marmite destinée à recevoir le support chargé ainsi qu'à contenir l'eau d'ébullition (fig. 1).

Le procédé est très simple quand on veut l'appliquer à l'alimentation des nouveau-nés ; chaque matin on charge l'appareil en remplissant les bouteilles, soit avec du lait pur, soit avec du lait coupé en proportions variables selon l'âge de l'enfant. On fixe le support dans la marmite, celle-ci est remplie d'eau et après avoir placé le couvercle on fait bouillir pendant 40 à 45 minutes ; l'opération est terminée. Au moment du repas, on enlève le tampon de coton qu'on remplace par un bout de sein en caoutchouc, par une simple tétine qui s'adapte au goulot ; je rejette, pour ma part, tous les biberons perfectionnés, le plus simple est le meilleur (1).

Pour conserver le lait dans l'état de pureté où l'a mis le chauffage, il est nécessaire d'avoir un procédé de fermeture hermétique afin d'empêcher absolument toute contamination ultérieure par les germes de l'air. Aussi la façon de boucher chaque flacon a-t-elle excité l'imagination des médecins allemands. Israel a indiqué les tubes contournés U ; Soxhlet place d'abord un bouchon de liège perforé, puis mécontent de ce système, il vient de proposer une lame de caoutchouc placée sur l'orifice même de la bouteille et entouré d'un cylindre de verre qui l'empêche de tomber. C'est là sa seconde formule et ce ne sera vraisemblablement pas sa dernière, bien qu'il ait la conviction d'être arrivé, cette fois, à la perfection.

Tous ces appareils de fermeture ou d'occlusion ont l'inconvénient d'être compliqués, de nécessiter une instrumentation particulière et d'être en somme passablement coûteux.

J'ai proposé dans un travail antérieur l'obturation avec du coton ordinaire qu'il est préférable de flamber au moment du bouchage avant la mise en train de la stérilisation. C'est un moyen très simple qui suffit depuis longtemps aux bactériologistes pour la conservation presque indéfinie des cultures (2).

(1) Cet appareil se trouve chez M. Marchand, quincailler, 14, rue Grenette.

(2) Pour plus de détails, voy. VINAY, *Manuel d'Asepsie*, 1890, p. 432 et suivantes.

Le lait ainsi traité peut être considéré comme à peu près aseptique, c'est-à-dire qu'il est dépouillé des germes innombrables qui l'envahissent dès qu'il est conservé pendant quelques heures à la température ordinaire de la chambre. C'est encore un moyen pratique de stérilisation basée sur l'action de la chaleur. La division en flacons séparés permet de n'utiliser que la partie nécessaire à un repas ; c'est le mérite incontestable de Soxhlet de l'avoir réalisé d'une façon aussi satisfaisante.

On aura soin pendant l'ébullition de l'eau de maintenir recouverte la marmite qui la contient. Je dois rappeler que si on fait bouillir de l'eau, à Lyon tout au moins, dans un vase découvert, l'ébullition se produit avant 100° ; les couches supérieures du liquide n'atteignent jamais ce degré de chaleur, elles restent à une température un peu plus basse que celle des couches plus inférieures placées dans le voisinage de la source du calorique, les couches supérieures ne dépassent guère 98°,5. Il est inutile de remplir d'eau la marmite, il suffit que l'eau affleure la partie moyenne des flacons qui contiennent le lait ; on ne doit pas oublier que la vapeur qui s'échappe est à une température presque égale à celle de l'eau qui lui donne naissance ; en s'échappant elle agira sur la partie supérieure des flacons. Il va de soi que si la fermeture du couvercle est hermétique, celui-ci devra présenter une ouverture, mais de petite dimension. Enfin pour que la stérilisation soit satisfaisante l'opération devra durer 45 *minutes environ*.

II

Les méthodes qui ont pour but d'atténuer dans la mesure du possible les inconvénients qui peuvent résulter de l'emploi du lait, en détruisant les nombreux germes qu'il contient, saprophytes ou pathogènes, ces méthodes, dis-je, sont au nombre de deux : la *pasteurisation* et la *stérilisation*.

La pasteurisation, comme le nom l'indique, est une méthode découverte par Pasteur qui montra que, en portant le

vin à 50°-60° on tue tous les germes des fermentations acétiques, muqueuses et amères. On l'a utilisée aussi pour la bière, si bien qu'on a pu de cette façon faciliter son transport à de grandes distances.

Pour le lait, la pasteurisation consiste à porter le liquide à une température un peu inférieure à 70°, à l'y maintenir pendant 30 à 40 minutes, puis à le refroidir brusquement à 10° ou 12°. Cette température de 70° dans le traitement du lait a été choisie comme limite pour deux raisons : la première c'est qu'à une température plus élevée, à 75°, le lait prend brusquement le goût de cuit qui déplaît à tant de personnes et dont l'origine est assez mal connue. La seconde raison, c'est qu'à 70° on est certain de détruire tous les germes adultes.

Les microcoques, on le sait, disparaissent déjà avec une chaleur moindre. Quant aux bacilles, les plus résistants, comme le bacille de la tuberculose, ne peuvent résister à une pareille température. Les expériences de H. Bitter sont très affirmatives à cet égard. Il ensemence avec des crachats tuberculeux qu'il a séchés et pulvérisés, quatre échantillons de lait. Lorsqu'il inocule un centimètre cube de ce mélange à des cobayes, il les rend toujours tuberculeux, tandis que le même liquide chauffé à 68°-69°, pendant 30 à 35 minutes, dans les appareils de pasteurisation est rendu complètement inoffensif. Enfin des recherches antérieures de van Geuns avaient établi déjà que les saprophytes contenus dans le lait diminuent dans une énorme proportion lorsqu'ils sont soumis à une température notablement inférieure à celle de l'ébullition.

Malgré son efficacité, la pasteurisation a l'inconvénient de laisser toutes les spores intactes ; en outre, elle ne peut être sérieusement mise en train que dans les laboratoires ou dans l'industrie en grand. Elle exige des appareils de régulation et une surveillance minutieuse. Il serait difficile, dans un ménage, de porter le lait à une température fixe et inférieure à 70°, de l'y maintenir pendant plus d'une demi-heure, puis de le refroidir brusquement. Il y a bien

peu de ménagères qui seraient capables d'un pareil tour de main.

Aussi est-il plus pratique d'avoir recours à la stérilisation par l'échauffement dans le bain-marie, c'est-à-dire par le procédé et l'expérimentation que j'indique ici.

Ce procédé n'a pas une valeur absolue, comme on le suppose bien, il est incapable d'assurer la destruction absolue de toutes les spores, de celles par exemple qui résistent à la température de l'ébullition, comme celles du *bacille blanc* de Löffler, du *bacillus mesentericus* de Flügge, il est incapable encore de détruire les spores du bacille de la fermentation butyrique, *b. amylobacter*, ainsi que celles du *bacillus subtilis*.

Mais il faut considérer qu'il y a des laits faciles, d'autres difficiles à stériliser, et parmi ces derniers on doit compter ceux que l'on vend dans les laiteries des villes, en raison des manipulations qu'ils subissent, du séjour dans le magasin, de la saleté des récipients et aussi de la saleté des intermédiaires. On comprend bien l'insistance que met Duclaux à exiger une propreté extrême, une propreté aseptique, dans les opérations de la traite du lait dans les fermes. Il voudrait une bonne tenue des étables, un nettoyage scrupuleux et préalable des mains des vachers, des trayons de l'animal, des vases destinés à recueillir le lait; mais il faudra longtemps encore avant que tous ces désirs puissent être exaucés, et d'ici là il sera prudent de recourir à la chaleur pour débarrasser le lait de ses innombrables parasites.

Ce procédé semble suffisant et j'ai pu conserver, pendant deux mois environ, des échantillons traités par l'ébullition au bain-marie pendant 20 à 25 minutes seulement; mais vers la septième semaine, on voyait se produire, dans l'intérieur du liquide, des modifications particulières sur lesquelles nous allons revenir, et bientôt apparaissait la coagulation. Or, après la stérilisation, ce phénomène ne se produit jamais par l'augmentation de l'acidité. Le lait se coagule en milieu

neutre ou alcalin, et le fait survient par la sécrétion du ferment de présure, le *labferment*.

Ce labferment, qui précipite les albuminoïdes, peut être sécrété par des germes de différentes sortes et ce sont eux précisément qui constituent les ennemis les plus redoutables du lait, en raison de la résistance de leurs formes sporulées. Ces germes sont le *bacillus fluorescens liquefaciens*, le *vibrion de la caséine* de Koch, mais surtout le *bacillus subtilis* et le *bacillus amylobacter*. Ces deux dernières espèces ont la plus parfaite ressemblance morphologique, leurs propriétés physiologiques seules permettent de les distinguer; le premier est aérobie et croît de 10 à 45° C.; le second est anaérobie et ne se développe que de 32 à 40° C.

D'après Soxhlet, le labferment qui agit sur le lait stérilisé serait fourni par les bactéries de la fermentation butyrique. Dans ces conditions, l'acidité du milieu ne s'élève jamais qu'au tiers, tout au plus aux deux tiers, de la quantité nécessaire à la coagulation. Celle-ci survient, on le sait, lorsque l'acidité du milieu s'élève à 0,20 %. L'intervention des spores du *bacillus amylobacter* ne saurait être contestée, d'autant mieux que Emmerich a pu constater directement leur présence par des cultures. C'est là une condition qui ne paraît pas trop défavorable, parce que les spores du bacille butyrique ne peuvent pas se développer à la température ordinaire, il leur faut la chaleur de l'incubation (32°-40°); leur présence est donc sans gravité, mais le labferment peut être sécrété par d'autres germes plus résistants encore, et qui se multiplient déjà à 16°, c'est le cas pour le *bacillus subtilis* dont les variétés présentent des formes sporulées qui résistent même pendant longtemps à la température de l'ébullition. Soxhlet a vu parfaitement que si on ajoutait au lait un extrait de foin, même en proportion minime (0,01 %), la stérilisation du liquide devenait très difficile, si bien qu'au bout de trois jours à l'étuve (35° C.), la coagulation se produisait, avec formation de gaz dans l'intérieur du liquide.

Pour ma part, j'ai toujours constaté ce développement de gaz au bout d'un temps qui variait avec la température am-

biante, et aussi avec l'état plus ou moins parfait de la stérilisation. C'est le premier indice qui annonce l'existence de phénomènes de fermentation et qui précède de peu la coagulation de la caséine. Les bulles se forment dans l'intérieur même du liquide, s'échappent dans les parties supérieures et forment au niveau de la couche des globules graisseux, des boursofflures qui rendent sa surface inégale; comme on sait que la formation de gaz est un phénomène corrélatif de la vie des anaérobies, il est possible que le microbe de la fermentation butyrique joue un rôle prépondérant, d'autant mieux que l'acidité normale du lait augmente quelque peu, même lorsque la coagulation se fait par la présure.

Si l'on voulait stériliser le lait d'une façon absolue, le moyen serait bien simple, il suffirait de le soumettre à un courant de vapeur sous pression et dont la température s'élèverait à 105°, 106°. Ce moyen a été tenté, mais il a plusieurs inconvénients, dont le moindre est de faire perdre au lait son opulence caractéristique et de lui donner une teinte brune qui est une tare commerciale. On sait que Duclaux rapporte cette coloration non point à un commencement de caramélisation du sucre du lait, mais à la modification de la caséine en suspension dans le liquide. Un inconvénient plus grave de l'action des températures élevées résulte des modifications que font éprouver aux gouttelettes graisseuses les températures supérieures à 100°. Il se produit sous leur influence une rupture de l'enveloppe de ces gouttelettes, leur contenu s'agglutine et lorsque le lait se refroidit, il ne présente plus à sa surface cette pellicule mince qui se forme aux dépens des substances protéïques, et qui contient de la chaux et du soufre. Dans ce cas, la pellicule est plus épaisse, elle est remplacée par des grumeaux de beurre. En raison de cette transformation des matières grasses, le lait est devenu moins propre à l'alimentation de l'enfant, car pour ce dernier, la graisse ne doit pas être agglutinée, agglomérée, mais bien réduite à l'état d'émulsion.

Un observateur — japonais il est vrai — M. Masato Toyonaga, a eu la patience de compter les globules de graisse qui

peuvent exister dans un litre de lait, et il a vu, en se basant sur l'examen de 40 échantillons, que la quantité de beurre s'élevant dans un litre à 35 grammes, était représentée par des gouttelettes de graisse variant de 691 à 2291 milliards. Ces gouttelettes pouvaient s'étendre respectivement sur une surface de 512 et 710 mètres carrés.

Il est évident qu'une pareille division de la matière grasse favorise singulièrement son absorption; c'est, du reste, la fonction normale du suc pancréatique d'émulsionner la graisse en la divisant à l'infini. Les températures au-dessus de 100° sembleraient avoir une action inverse, en rompant l'enveloppe des globules graisseux et en les agglutinant sous forme de concrétions non digestibles.

III

Chez les très jeunes enfants, on peut employer avec avantage le lait stérilisé dans deux conditions :

- a) Comme aliment exclusif ou aliment mixte ;
- b) Comme agent thérapeutique dans les troubles de la digestion.

A) Sur le premier point, je tiens à déclarer expressément que rien ne vaut l'allaitement naturel. Quels que soient les succédanés que l'on cherche au lait d'une nourrice, ils seront toujours inférieurs à ce dernier, et le lait stérilisé ne doit être administré, comme aliment exclusif, qu'à titre exceptionnel et dans les conditions que nous allons énumérer.

Il peut survenir certains cas, comme nous les rencontrons parfois dans les grandes villes, où la mère ne veut à aucun prix se séparer de son enfant et ne peut davantage prendre une nourrice à domicile. Il est évident que l'emploi du lait stérilisé reste la meilleure garantie pour la vie et la santé de l'enfant. J'ai eu l'an dernier deux cas de ce genre, et je puis affirmer qu'actuellement ces nourrissons sont superbes l'un et l'autre.

Une condition qui se rencontre plus fréquemment encore,

c'est l'insuffisance du lait maternel, malgré l'ardent désir qui existe chez la mère de nourrir son enfant. Cette insuffisance n'apparaît pas toujours d'emblée dès les premiers jours qui suivent l'accouchement, elle peut survenir à une période avancée de la lactation, alors que l'enfant est déjà fort et que le besoin d'une nourrice se fait moins vivement sentir. On est bien obligé alors de fournir l'appoint de la nourriture quotidienne au moyen de l'allaitement artificiel. La méthode du lait stérilisé dans des flacons distincts remplit cette médication mieux qu'aucun des autres moyens proposés.

Dans ces deux conditions, on aura soin de ne jamais donner le lait de vache pur tant que l'enfant n'est pas arrivé à la fin de son septième mois. On trouvera ci-joint un tableau qui indique les proportions respectives de lait et d'eau, d'après l'âge de l'enfant et aussi d'après son poids (voy. TABLEAU).

Je m'empresse de faire remarquer que les différents chiffres que je donne n'ont pas une valeur absolue; comme la composition du lait de vache n'est pas constamment la même, comme d'autre part, la capacité digestive des enfants d'un même âge est loin d'être toujours égale, on sera obligé de tâtonner un peu. D'une façon générale, l'existence de vomissements, l'apparition de grumeaux blanchâtres dans les selles sont des indices qui doivent mettre en éveil et engager le médecin à augmenter encore la proportion d'eau destinée à couper le lait. Du reste, on ne devra jamais manquer de contrôler, par la balance, l'état de santé du nourrisson.

Les chiffres que je donne dans la dernière colonne de ce tableau et qui sont relatifs au poids total de l'enfant sembleront peut-être un peu bas, mais ils doivent être regardés comme un minimum seulement. J'ai préféré ne pas donner des chiffres extrêmes, comme ceux de Bowditch, d'Albrecht ou de Fleischmann, d'abord parce que les chiffres de mon tableau sont parfaitement suffisants, et ensuite parce qu'il ne faut décourager personne.

MÉMOIRES.

AGE	LAIT	EAU	TOTAL	REPAS	SUCRE par repas	POIDS
Semaines.						
1 ^{re} sem..	100 gr.	300 gr.	400 gr.	8-10	1/2 cuil. à café	3200 gr.
2 ^e —	150	350	500	8-10	—	3400
3 ^e —	200	400	600	8-10	—	3600
4 ^e —	250	450	700	8-10	—	3800
1 — 2	350	450	800	II	—	4190
3 — 4	450	450	900	II	—	4590
1 — 2	500	400	900	7-8	—	4815
3 — 4	600	400	1000	7-8	—	5140
1 — 2	600	400	1000	7	—	5440
3 — 4	650	350	1000	7	—	5740
1 — 2	700	300	1000	6	3/4 cuil.	6015
3 — 4	800	200	1000	6	—	6200
1 — 2	800	200	1000	6	—	6540
3 — 4	900	100	1000	6	—	6790
1 — 4	1000	0	1000	6	1 cuiller.	7240
1 — 4	1000	farine	1000	II	1 cuiller.	7600
1 — 4	1000	lact. vien.	1000	6	—	7950
1 — 4	1000	panades	1000	6	—	8250
1 — 4	1000	à la bisc.	1000	6	—	8500
1 — 4	1000	potages	1000	6	—	8800
1 — 4	1000	j. d'œuf.	1000	6	—	9100
1 — 4	1000	Id. bouil-	1000	6	—	9400
1 — 4	1000	lon léger	1000	6	—	9700
1 — 4	1000	Id.	1000	6	—	10000

Dans mes recherches, je n'ai étudié que le lait de vache par simple raison qu'il se trouve partout, est d'un prix modéré et d'un usage général. Il ne faut pas oublier que certains laits, comme celui d'ânesse, se coagulent à la température ordinaire, ils ne doivent être traités qu'avec une chaleur modérée. A propos du lait de vache, je n'ai pas à insister sur les différences chimiques qui le distinguent du lait de chèvre, on peut les trouver dans tous les traités classiques et je prie le lecteur. Le lait de vache est certainement plus riche en matière grasse, et sa teneur en matière grasse est bien supérieure,

mais la différence qui les sépare est surtout de nature physique, elle consiste dans la façon dont se coagule la caséine. Dans le lait de femme, le coagulum est menu, mince, grenu, presque soluble dans l'eau, aussi est-il facilement modifié par le suc digestif de l'enfant. Avec le lait de vache, au contraire, le caillot est massif, épais, insoluble, aussi est-il nécessaire d'ajouter de l'eau en quantité d'autant plus grande que l'enfant est plus jeune. L'avantage de cette adjonction consiste à diminuer la masse du caillot, à l'émietter en quelque sorte, à rendre ainsi sa digestibilité plus grande, son absorption plus facile.

S'il survient au cours de l'allaitement artificiel quelques troubles digestifs, on pourra ajouter au lait quelques mucilages au lieu de l'eau employée jusqu'alors et en même quantité que cette dernière. S'il y a de la diarrhée, l'eau d'orge trouvera son emploi; s'il y a au contraire de la constipation, l'adjonction d'eau d'avoine suffira souvent pour rétablir l'équilibre.

B) L'emploi du lait stérilisé comme agent thérapeutique est connu depuis quelque temps déjà, grâce aux travaux de Uhlig, Maar, Comby, etc.

J'ai eu l'occasion d'en apprécier toute la valeur dans ces diarrhées d'été que les Anglais appellent *bottle disease*, maladie du biberon, ou encore *summer disease*, maladie d'été. Nous confondons volontiers ces troubles avec ceux de l'athrepsie, bien qu'ils reconnaissent comme origine des causes et des agents différents. Cette diarrhée d'été est surtout fréquente au moment du sevrage, elle s'accompagne de pertes alvines plus ou moins abondantes, de vomissements, de maigreur et d'affaissement du nourrisson.

C'est une règle admise par tous de ne jamais procéder, pendant l'été, à l'opération toujours délicate du sevrage. Mais la suppression de l'allaitement est parfois forcée en cas de maladie de la nourrice, ou s'il survient une grossesse lorsque la mère nourrit elle-même. Il arrive souvent alors qu'on suppose la suppression du lait comme devant être peu

PRÉSENTATION

D'UN

ZIOSE CONTRACTÉE EN TUNISIE

SERVÉE A LYON EN JUIN 1891

PAR LE D^r J. BRAULT

née. — L'homme dont je rapporte succ
e a fait un séjour de cinq ans en Tunisie.
us aucun autre pays étranger.

21 juin 1891, à la visite, parce qu'il
hématurie remonte à trois ans et demi.
is de présence dans la garnison de Gafsa
s'en apercevoir. A son dire, il existait
eux cas analogues au sien dans son déta-
garnison sans que l'on sût à quoi attri-
tte présence du sang dans les urines (1).
ngeaisons au fond du canal, mictions
ureuses, hématurie légère au début et à
cal, tels sont les principaux signes qu'il
de son affection.

démangeaisons sont un peu plus suppor-
e toujours un peu de douleur à la fin de
ques irradiations douloureuses dans la
uche.

ssion des urines se fait bien, il n'y a ni
tinence, ni polyurie, ni pollakiurie et le

se que comportait le détachement, 15 urinaient le
nditions que notre malade.

E BIL

logiq
table

sur

sont

œufs

nt 15

ues e

tteme

e, ils

nte e

diam

atéra

A côt

1, l'o

is lib

es m

s et

e mu

ics et

t. —

s.

i gro

ie est

tal co

les

ne sei

aire n

le p

stérie

faite

cul.

prés

es dy

est t

ces de

adie qui nous occupe, c'est l'hé-
e à la filaire du sang; mais, dans ce
aturie seule, mais hématochylurie;
e est là pour trancher rapidement la

e la Bilharzia a été très bien faite dans
en particulier dans les ouvrages de
anchard; il est donc inutile de nous

ue l'animal adulte qui présente 9 à
sur 1 millimètre de large habite de
icaux et périprostatiques et les veines

te il se déplace et vient déposer ses
aux limites du système capillaire,
actions et des ulcérations qui peuvent
d'hémorrhagies et d'infections mul-

s davantage sur l'anatomie patholo-
voies génito-urinaires et de l'intestin
is les travaux de Damaschino, Zan-
artulis.

sux et l'on cite un certain nombre de
avec un traitement symptomatique
es peuvent parvenir à un âge fort

nous trouvons, au sujet de l'évolution
ous désarme un peu au point de vue
noins, on devra s'abstenir des eaux
era par le filtre ou mieux encore par

que est encore à trouver; nous devons
borner à faire la thérapeutique des

rne, nous avons prescrit à notre ma-
i lavages uréthraux et vésicaux. Des
d'argent faites sur le col ont fait dis-

THÉRAPEUTIQUE

DES

S PYOGÈNES GÉNÉ

PAR LE D^r A. FOCHIER

illier et indiquer le moyen de
formation d'abcès dans les
se produire spontanément de
rations, traitées chirurgicale
uant parfois d'une façon
tat infectieux. Telle est la
inaire, destinée sans doute
xposer brièvement une méth
tribuer au salut de quelques

une méthode nouvelle du tra
naler quelles affections en s
j'entends par les infections p
rement à ce que pourrait la
pyogène, je n'ai nullement la
lonnées de la microbiologie,
point de vue clinique, je di
néralisée est une maladie où
fois plusieurs abcès dans div
régions du corps.

ulente est évidemment le ty
tes les septicémies simples
omyélite aiguë présentent as
pour les classer dans le mêm
es de la même intervention,

THÉRAPEUTIQUE DES INFECTIONS PYOGENES

bien une monoarthrite, une péritonite localisée et salpingo-ovarite. L'abcès ou les abcès qui se forment méritent le nom que je leur donne depuis douze ans : *abcès de fixation*. Ils sont parfois des abcès critiques ; c'est le sens du mot, mais ils s'en distinguent le plus souvent par le fait qu'ils constituent à eux seuls une affection grave, plus souvent menaçante parfois que l'infection générale. Ils sont cependant le salut d'une façon bien manifeste lorsqu'ils sont traités chirurgicalement en cas de marche aiguë, mais ils laissent évoluer en cas de développement chronique le plus souvent à un état de *abcès de fixation* chronique.

A côté de ces faits, il en est d'autres où l'on voit comment des inflammations viscérales se révèlent par des symptômes indubitables, puis rétroceder rapidement sans amélioration de l'état général, mais où l'on voit comment des phlegmons diffus sous-cutanés affecter la même marche, sous l'œil et même sous le bistouri de l'observateur. Dans ces cas, la fixation est manifeste et cette fixation persiste plusieurs fois avant d'aboutir, ou plus souvent, dans ces cas, la mort arrive avant la suppuration.

La mort arrive parfois avant toute fluxion locale. Ce sont là des cas rares se rattachant aux précédents par des transitions insensibles.

C'est en comparant ces deux types : le premier où la fixation coïncide avec une localisation suppurée, le second où la mobilité des fluxions est au contraire d'un fait constant, que je suis arrivé à me poser comme indication thérapeutique la nécessité de provoquer des abcès de fixation dans les formes graves d'infection puerpérale.

Ces deux types sont loin cependant de constituer l'ensemble de ces formes graves. Le plus souvent on observe une lésion locale servant de point de départ à des lésions de continuité et de contiguïté, et enfin à des métastases pour lesquelles il faut admettre la métastase pyogène. On disait autrefois, le transfert de microbes pyogènes ; on dit maintenant. Les suppurations dans ces cas ne méritent le nom d'*abcès de diffusion* par opposition

pérale à l'emploi d'une drogue, sans apporter à la température de leurs malades comme preuve du cas.

Aujourd'hui, je n'apporterai pas même des témoignages à l'appui de mes assertions, je n'apporterai que des données générales, parce que les cas traités ne sont pas nombreux pour entraîner les convictions de ceux qui ne croient pas à mes affirmations. A ceux-là je dirai : attendez vous-mêmes, l'expérience n'est pas dangereuse.

L'absence de danger sérieux était certaine à la suite des nombreux abcès que j'avais vu provoquer par les injections sous-cutanées pendant la fièvre puerpérale par les injections de sulfate de quinine. Ces abcès n'avaient donné lieu à des complications (érythème, etc.) au-dessus des ressources habituelles de l'intervention chirurgicale. C'est donc en toute sécurité que je me suis occupé de la provocation de ces abcès. Je me suis servi d'une solution de sulfate de quinine intentionnellement diluée au-delà des limites nécessaires à la guérison complète. Je me servais de cet artifice pour faire accepter les injections d'une part et aussi parce que l'observation avait démontré l'innocuité locale de ces injections. J'ai obtenu de bons résultats, je n'en citerai qu'un parce qu'il a été obtenu par un confrère, le D^r Aribaud (de Condrieu), qui dans un cas de pyélie locale grave, a vu guérir la malade à laquelle, sur mes conseils, des abcès artificiels.

Mais les injections acides donnent rarement une suppuration rapide ; le pus de ces abcès est le plus souvent séreux, en petite quantité et sans tension, et la zone d'infiltration inflammatoire est peu étendue. La suppuration se prolonge-t-elle fort longtemps ? On est obligé souvent de pratiquer de larges incisions et de stimuler la paroi de l'abcès.

J'ai eu recours surtout aux solutions de nitrate d'argent sur cinq que Luton (de Reims), avait préconisé comme révulsif, dans la sciatique notamment. Mais ces injections sont passibles de reproches analogues à ceux que l'on peut faire à celles de quinine.

à fièvre puerpérale. Elle était au dixième jour de l'accouchement, et les accidents avaient commencé dès le premier jour. La fièvre puerpérale lui avait été transmise par la femme que j'avais trouvée auprès d'une mourante, même de l'accouchement de sa malheureuse sœur. Avec la fièvre, les traits étirés, l'angoisse respiratoire, avec le pouls et la température les symptômes les plus effrayants. En prolongeant l'examen, on trouva des signes manifestes d'arthrite du côté de l'épaule droite. On pouvait même affirmer un épanchement dans l'épaule droite. Il y avait bien sur les seins un empâtement douloureux et de la distension mammaire, mais il était évident que, malgré cette lésion locale, l'infection généralisée devait avant tout nous préoccuper. On fit immédiatement, au niveau du deltoïde et dans la région épigastrique à droite, une injection sous-cutanée de térébenthine. En même temps on alimentait la malade tant que le permettait l'état des voies digestives, et on fit sous la peau de la cuisse des injections sous-cutanées de quinine. L'amélioration fut assez rapide pour que l'on attribue à la médication employée. Il se forma des abcès volumineux aux points injectés, et comme rien ne faisait pressentir la nécessité de les ouvrir, je laissais ces abcès augmenter de volume du poing avant de les inciser. Lors de l'incision, quinze jours après l'injection, il s'écoula un pus pur et fétide. On ne revint pas à l'injection de térébenthine chez la malade pour lui éviter des douleurs. En pareil cas, je ne reviens plus à y revenir tant que l'état général ne serait pas manifestement amélioré ou même manifestement guéri, mais elle repré-
senta à plusieurs reprises des accidents graves, des infections sur différents organes. Par exemple, elle eut une néphrite avec anurie presque complète pendant quinze jours, puis une choréïdite qui n'a pas amené la fonte de l'œil droit, mais une atrophie complète du globe oculaire. Enfin un abcès profond de la cuisse droite qui, à la fin, ne parut partir soit de l'articulation, soit des ré-
ticulaires, puisque le sommet de la poche était

tué par la partie antérieure du col fémoral
e la publication de cette note, la malade n
ence que depuis un mois à peine (1).

uis lors, j'ai eu à pratiquer cinq fois se
artificiels. Dans le premier de ces cas, il s'a
e atteinte de néphrite gravidique grave c
l'emploi du sublimé pendant l'accoucher
ise le troisième jour d'un grand frisson ave
maire intense, et une altération de la fac
a des forces que n'expliquait pas à elle seule
dioration fut tellement rapide que j'hésite
compte de la pyogénèse artificielle, c'est
tre dans tous les cas que cette pyogénèse e
iez les malades atteintes d'affection grave d
seconde fois je me trouvais en présence
érale datant de trois semaines avec lésion l
sans doute en une ovarite suppurée. L'h
vait; les forces déclinaient; il y avait
tables quantités d'albumine, qui existai
richement. La lésion locale n'était atteing
aparotomie et une ablation d'annexes t
reuses à une époque aussi rapprochée de
et que l'éloignement de la malade rend
sibles. Je conseillai les injections de téré
teur H. Rondet (de Neuville) qui les prat

e crois que cette malade aurait bénéficié d'une fixa
a continue. Lorsque je me servais du nitrate d'arg
lade dont le décès eût peut-être été conjuré si j'a
ion. C'était une malade que je soignais à Chambéry
Denarié, et qui était atteinte d'une infection gra
ou plutôt avec des lésions locales devenues telleme
traitement local, que l'affection fut prise au début
le anormale. C'était bien une infection puerpérale. L
ques améliorèrent nettement l'infection, et après
, la température devint normale, mais l'état général
atteint, et la malade finit par succomber algide
issements incoercibles, probablement urémiques, b
ermât que des traces d'albumine.

IQUE DES INFECTIONS PYOGENES.

ta à la guérison de la malade sans
u pus par le vagin ou l'intestin. C
e de résolution d'une lésion local
olution.

cas, il s'agissait d'une malade exs
ement, et qui était envoyée à la C
on, de Saint-Vallier. Elle était ex
sans traces de localisation utéri
thermie continue, un délire aigu, c
pendant trois jours, l'anémie traumatique profonde, c
tuaient toute la gravité de ce cas. Il n'y avait ni an
respiratoire, ni étirement avec immobilisation des trai
provocation d'abcès sous la peau de la région hypogas
fut suivie de l'abaissement de la température avant q
abcès fussent ouverts. Le délire, qui était le symptôme l
grave, céda plus tardivement que l'hyperthermie, la n
se rétablit rapidement. Dans les deux autres cas, il s'agiss
lésions péri-utérines post-abortives qui avaient déjà très
bablement suppuré, et où l'état général n'était pas grav
atteint. La provocation d'abcès n'entrava pas la sup
tion pelvienne qu'il fallut inciser par le vagin en
temps que les abcès sous-cutanés.

Je n'insisterai pas sur la technique des ces injecti
térébenthine. Elles doivent être poussées dans le tissu
laire lâche au voisinage de l'aponévrose, mais elles pe
aussi sans inconvénients s'infiltrer dans le tissu ad
On peut pousser un ou plusieurs centimètres cubes d'es
par la même piqure ; je n'ai pas dépassé trois centir
cubes, et je n'en pousse qu'un le plus souvent. Je n'
observé d'infiltrations dermiques ; il est certain qu'elle
voqueraient du sphacèle du derme. Lorsque l'on veut
ger une issue spontanée au pus, il n'y a qu'à retirer l'ai
sans maintenir la peau, l'essence ressort en prépara
canal de sortie au pus.

L'injection n'est pas plus douloureuse qu'une inject
morphine, mais la douleur inflammatoire apparaît r
ment, de une heure à six heures après l'injection. La

l'injection a été poussée sous une couche épaisse de tissu adipeux, la tuméfaction peut rester masquée pendant plusieurs jours. La rougeur de la peau ne se prononce que le troisième jour, et alors les phénomènes sont essentiellement variables. L'abcès prend tantôt les allures d'un véritable abcès chaud, tantôt celles d'un abcès froid ou du moins les allures d'un abcès qui n'a aucune tendance à ulcérer la peau. Ces allures se retrouvent, mais moins accusées, dans certains abcès de fixation de la fièvre puerpérale. Dans l'un et l'autre cas le pus s'épaissit, et trois fois, en attendant longtemps pour intervenir, j'ai vu à l'incision un véritable mastic purulent sortir de l'abcès artificiel. Ce mastic, je l'avais rencontré plusieurs fois à l'autopsie, notamment dans les annexes, et on le retrouve dans certaines salpingo-ovarites lors de l'opération.

Lorsqu'on incise de bonne heure, on trouve un abcès à loge anfractueuse, et dont la paroi est constituée par une mince couche de tissu sphacélé et infiltré de pus analogue à la paroi d'un abcès froid sur certains points, ressemblant sur d'autres au bourbillon du furoncle. Il peut y avoir des décollements assez étendus, mais qui ne paraissent pas jusqu'ici pouvoir provoquer des fusées envahissantes. Il est certain que si l'injection était poussée au-dessous de l'aponévrose, elle entraînerait le sphacèle de la membrane. La térébenthine ne paraît pas se résorber, puisqu'au bout de quinze jours on retrouve son odeur, mais on ne voit pas de gouttelettes distinctes au milieu du pus.

Ces abcès sont assez lents à guérir, ou du moins leur marche est très variable, suivant qu'ils ont évolué rapidement vers l'ulcération, ou qu'au contraire ils ont affecté des allures torpides. Dans ce dernier cas, il faut les inciser largement pour pouvoir explorer et panser toute la poche. Je n'insiste pas sur ces détails ; ils ne laisseront pas désarmé un praticien qui possède et sait appliquer les éléments de la chirurgie, et je me borne à formuler les préceptes suivants, qui pourront être modifiés par l'expérience, mais dont les grandes lignes me paraissent acquises.

Dans toute infection pyogène grave, lorsqu'il n'y a pas de suppuration en voie de formation, lorsqu'il n'y a pas de *fixation* (1), ou lorsque la fixation n'est pas en rapport par son importance avec la gravité de l'état général, ou lorsque le traitement local (injections intra-utérines par exemple) a supprimé ou diminué la lésion initiale et que l'état général persiste, ou même peut-être lorsque la fixation est à son début et occupe un point où la suppuration peut présenter des dangers, dans tous ces cas, il faut provoquer la formation artificielle d'abcès, à l'aide d'injections sous-cutanées d'essence de térébenthine.

Il est utile de déterminer ces abcès dans des points où ils puissent avoir ce qu'on connaît sous le nom d'action révulsive (2), en même temps que l'action fixatrice que je

(1) C'est le cas de se demander si, dans les infections locales, il n'y aurait pas lieu de rechercher la suppuration au point d'infection lorsque cette infection locale peut être suivie d'infection généralisée. Ne vaudrait-il pas mieux faire une injection pyogène qu'une injection antiseptique, ou que des incisions ou que des cautérisations. Je serais tenté de le faire concurremment avec ces dernières, lorsque l'incision ne révèle aucune purulence, et que la cause infectante ou que l'état général est grave. On sait en effet que la purulence locale dans une infection est d'un pronostic relativement favorable.

(2) La révulsion est une des actions thérapeutiques les plus incontestables, et, bien que dans la majorité des cas elle soit efficace par action nerveuse, c'est à la théorie humorale que nous en sommes redevables. La fixation relève aussi de la théorie humorale, non pas qu'elle vise des liquides, mais bien parce qu'elle s'applique à des solides (microbes ou globules blancs) en suspension dans des liquides ; elle relève en somme de ce qu'on pourrait appeler la théorie humorale solidifiée : la fixation appelle et immobilise des éléments solides en circulation. Dans les cas où elle agit comme révulsif, on pourrait dire qu'elle irrite dans un sens utile et par voie réflexe les vaso-moteurs de l'organe malade, mais on pourrait dire aussi qu'elle appelle et fixe les éléments nocifs qui circulent dans la zone irriguée par les mêmes vaisseaux que ceux qui se rendent à l'abcès. Ainsi, dans une arthrite de l'épaule, une fixation pratiquée au niveau de l'empreinte deltoïdienne peut très bien attirer à elle les éléments nocifs du sang qui circule dans la région et empêcher l'infection de l'articulation ou même déterminer la reprise des éléments qui y sont déjà déposés. Ce sont là des théories qui peuvent être sug-

TIQUE DES INFECT

; je ne voudrais
pour commettre des
irer avec avantag
oquer des abcès a
ait se fixer, soit à
çon dangereuse ;
abituelle, ou de fi

ont été suggérés e
gagneraient cert
par des études m
de provoquer ces
tilisée et dans des
er le sang des m
qués. On pourrait
y trouver des sug
Le pus de deux al
a été stérile. Le p
onne heure, a don
s dans les deux ca
. Un travail exp
n voit d'ici le pla
e MM. Chauveau
er, d'atténuer ou c
, et trouvé une e
le présenter toute
a fait, je l'espère
tion, mais sous
robiologie et en m
ses conclusions, il
qui ont un degré
qu'ils sont en g
s peuvent entraîne

le prévoir les ob
it: Comment oser
me qui a déjà, pa

TROIS CAS
DE
SIÈGES PURULES
RELATIVES À LA BRONCHO-PNEUMONIE
PLEUROTOMIE

PAR M. LE D^r SIEUR

er dernier, alors que nous
f. le médecin-major Lemoine
Desgenettes, nous avons eu
l'opération de l'empyème
s (1) :

· Noël G..., 21 ans, soldat :
antécédents héréditaires o
itaire le 4 février 1891.
uit jours, pendant lesquels
de courbature générale ; é
sente à nous avec un faciès
re intense dépassant 40° le
ggravée par une toux persi
toration abondante muque
glants.

très marquée et point
Du même côté et en arrière
t impossible de noter l'état
alade nous étant arrivé

tions survenues dans la direction
ccessivement soignées par MM.
e et Catrin, qui ont bien voulu m
ssaires à la rédaction de nos ob

Souffle tubaire au niveau de l'angle inférieure plate avec râles sous-crépitaux fins, et dans la poitrine gros râles sibilants et muqueux à gros

A gauche, respiration forte et sibilances non

Le 6 février, deux jours après l'entrée de G. remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus inférieure de l'omoplate, et un souffle doux pleurétique place la respiration soufflante des premiers jours

Le 10, léger œdème de la paroi. Une ponction donne issue à un liquide légèrement louche

Le 11, inspirations 40. Pouls 118. Ponction donne un liquide sanguino-purulent; gros râles muqueux et frottements humides à la base. L'opération d'exploration est décidée en principe; mais comme la ponction n'a pas eu d'effet, elle est remise au lendemain

Le 12, au matin, l'état du malade est désespéré. La respiration est courte, le pouls, faible, bat 130, les extrémités sont légèrement cyanosées. Injection sous-cutanée de caféine et d'éther et ouverture hâtive de l'espace intercostal droit en arrière de la ligne sternale antérieure.

Malgré cette intervention faite *in extremis*, on a donné issue à 1,500 gr. de pus, analogue à celui obtenu par la ponction, le malade meurt deux heures après

A l'autopsie, on trouve au niveau du lobe médian droit, au point correspondant au souffle tubaire des premiers jours, un foyer gangréné de broncho-pneumonie d'une pièce de cinq francs. C'était évidemment la cause des phénomènes infectieux développés de pleurésie, accidents qui avaient si rapidement amené la mort du malade.

OBSERVATION II. — Claude B..., 21 ans, soldat de première classe, entre à l'hôpital Desgenettes le 31 janvier

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Depuis plusieurs jours, courbature générale, myalgie, insomnie. Toux avec crachats rouilles

SIBS PURULENTS, PLEU

ysionomie abattue, dé
entre 39° et 39°,5.

le la poitrine, point d
e la sonorité en arriè
u niveau de la base; r
et gros râles muqueux
te de la poitrine.

is, le 6 février, se mon
époque, en effet, on tr
e jusqu'à l'angle infér
u même niveau et une
raciques. L'épancheme
ivants et le 12 il remon
moplate.

poque, la température,
te au delà de ce derni
ification dans la natur
ction pratiquée le len
qui, par le repos, lais
se couche de pus.

xemple de la veille, e
comme chez notre prèr
ce des phénomènes inf
nent l'opération de l'en
uitième espace interco
de la ligne axillaire p
12 de pus, drainage et
de la plèvre.

la température rectale
e les jours suivants, ma
a fistule pleurale. Tou
à subir des oscillation
ord un mauvais fonction
tion de dépôts de faus
alors pratiqué mais s
examen détaillé du ma
l'opération, en arrière c

grosse noix. L'inc
; cependant insuffi
la température, et
r des oscillations
ns antiseptiques a]

mauvais, rien dans
tait d'expliquer ce

e malade est pris d
ictère généralisé a
avec douleur mai
bien précise. Les u
ne renferment ni

ndices manifestes
out d'abord la form
1, l'ictère s'atténue
èvre a tendance à

encore assez abo
ent tous les trois

sement extrême da
ubitus dorsal prol
s au sacrum et
e localisée aux fes

ai, B... est pris, s
formes, d'ailleurs j
tachés à un état
le fait beaucoup se
ts, il semble cep
améliorer; les fon
u poumon est sa
de tendance à se
or Catrin, voulant

IES PURULI

omplète de
l'une serir
ne solutio
rès survie
ainteuse bi
une certain
-bronchiqu
l'évolution
heuse.

de cette é
s rares, les
volume, 1
du mois de
risée et le
q mois apr
a sortie, le
amelons, e
e et 36 se
tion, on n

ration, on
1 droit av

; du malade
présager r

— B...

à l'hôpita
ite d'un a

Mère morte phtisique à 43

Antécédents personnels. —

qui évolue sans incidents et q
appréciables.

En 1880, se trouvant au G
affaiblissent beaucoup le mala

Depuis cette époque, B... d

MEMOIRES.

es, suivies quelquefois c

rissons répétés pendant c
e de l'appétit, toux vic
rétrosternal. Expectora

s'aggraver, B... est é
urs après le début de sor
e, le malade est pâle, a
vement un peu brusque
oire notable.

équent.

te, gênée et entrecoupée
le, suivie d'une expecto
légèrement striée de sa
z intense.

pas de déformation, lég
t, pas de modifications
scultation, gros râles s
la poitrine.

point de côté très marqu
ation de six ventouses
nférieur de l'omoplate
oite, peu de modificatio
s thoraciques des deux
bilants nombreux méla
e respiration rude et
diminution du murmu
rétiques secs, traces pr

atin, 39° le soir, pouls 9
empérature monte à la
produit aucune amélior

et au contraire plus m
lus fréquent et il existe
culier qui tient au déve

anchement pleurétique dans le côté gauche.

février, un dernier examen de la poitrine, fait à l'occasion de l'empyème, montre que la matité recouvre jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate jusqu'à la deuxième côte.

à l'auscultation, souffle doux à timbre cavitaire dans toute la cavité, pas d'œdème de la paroi, peu ou pas de douleurs, pas de frissons, mais sueurs nocturnes très abondantes. Quant aux signes de broncho-pneumonie des deux bases, ils se sont très notablement amendés.

Malgré l'existence de cet épanchement, le cœur est libre, se voit, se sent, bat immédiatement en dehors du bord costal, pouls fréquent, 120 pulsations à la minute. Les jugulaires sont saillantes. On jugeons indispensable de pratiquer une ponc-

tion. Au grand étonnement, alors qu'aucune ponction exploratrice n'avait été faite les jours précédents, que les symptômes fébriles avaient disparu, nous voyons sourdre par le trocart un liquide purulent. Étant encore sous le coup de la perte de notre premier opéré qui avait succombé faute d'une intervention assez hâtive et en présence des bons résultats immédiats de la deuxième intervention, nous ne retirons que 450 gr. de pus et nous proposons au malade la pleurotomie. Cette opération est pratiquée le lendemain, et donne issue à 1500 ou 2000 gr. de pus. En même temps, sous l'influence des efforts d'expiration, issue de véritables paquets de fausses membranes épaisses, ramollies qui devaient tapisser la cavité pleurale. Cette circonstance nous porte à faire un grand lavage du foyer purulent avec de l'eau boriquée tiède à 40 ‰. Le lendemain, le pansement est renouvelé, et on le trouve recouvert de fausses membranes, plus nombreuses encore que celles qui sont sorties la veille immédiatement après l'opération; mais, comme il n'existait pas de température, aucun lavage n'est pratiqué.

Depuis cette époque, pansements de plus en plus rares, amélioration de l'état général et de l'état local. Un mois après la suppuration semblant tarie, on enlève les drains,

MÉMOIRES.

derniers jours de mars, des frissons, la température s'élève de nouveau et force de nouveau l'incision, de drainer et de panser. Après, retour de la température normale au bout d'un mois, après la première opération.

L'état du malade est aussi satisfaisant. Le thorax opéré est un peu aplati et présente une différence au moins de 3 cent. dans la profondeur de la respiration s'entend de haut en bas. Quelques frottements à la base.

La respiration est un peu saccadée et l'expectoration est un peu muqueuse. On ne trouve aucun signe certain d'un tuberculeux parmi les antécédents. Le malade lui-même ait eu une affection actuelle ait semblé évoluer vers une terminaison de nature tuberculeuse.

RÉFLEXIONS.

Les faits que nous venons d'exposer nous fournissent quelques considérations intéressantes sur l'étiologie et le traitement de certaines formes de la pleurésie.

Dans nos trois cas se ressemblent : l'âge, après une période de malaise, l'apparition des signes manifestes de broncho-pneumonie, point de côté, toux quinteuse, expectoration abondante, respiration soufflante et râles muqueux et sibilants. Dans le premier cas, deuxième au sixième jour, apparition de la pleurésie à évolution rapide. Une pleurésie chez le premier malade a été caractérisée par un séro-sanguinolent, et chez le deuxième par un liquide légèrement louche. Chez ces deux malades, chez le premier, l'ascension de la température, avec la formation de l'épanchement.

URÉSIES PURULENTES, PLEUROTOMIE.

ul, il y a eu œdème concomitant de
ième malade, au contraire, la fièvre
minuant de plus en plus, nous étions
absence de tout autre signe de pur
séreuse simple. On nous reprochera
sance de la bénignité relative de l
e, de ne pas nous être contenté de la
ou non de l'injection d'un liquide an
seille Fernet.

répondrons que si, trois jours au
pas vu succomber si rapidement notr
lgré l'opposition complète qui exis
ous nous serions peut-être arrêtés à
l'autant plus qu'en raison des antéc
devions nous demander si nous n'a
berculeux.

en soit, nous pensons qu'il n'y a pu
d'être intervenu aussi vite et aussi
qu'en présence des fausses membrane
ses qui se sont échappées de la cavité
la ponction ne se serait trouvée ins
ces fausses membranes inoffensives
lusieurs lavages antiseptiques et su
, nous ne pensons pas que les choses
is la plèvre que dans les abcès des a
dont les dépôts membraniformes doi
rgicalement ou éliminés par une lon
t du reste ce qui nous explique la rep
i fréquemment répétée de l'épanche
xclusivement traités par la méthode

is pas eu recours dans nos trois cas à
es pathogènes renfermés dans le liqu
herche qui, de l'aveu de son promote
letter, exige un minimum de deux à ti
e chez notre premier malade, qui a
heures après la confirmation de son

MÉMOIRES.

ntervention faite un jour plus t

ie opéré, elle aurait pu nous exposer des temps précieux, et les complications sont développées par la suite du processus et du foie montrent suffisamment d'intervenir.

ie malade seul, cette recherche est même en admettant qu'on eût trouvé les germes, ou ne renfermant que ceux-ci, aurait pas moins été amené, par suite, à intervenir pour les raisons que nous a-

pour terminer que dans les pleuro-pneumonie, ce qui était incontestablement autorisé, de l'avis de M. Néchet, est que la pleurésie est due au grand nombre de broncho-pneumonie par le staphylocoque ou le streptocoque dans la plèvre.

atoire dans les trois cas a été aussi de ne pas avoir fait choix de l'espace intercostal, mais de l'avoir porté sur le huitième, nous avons donc la ligne axillaire postérieure se correspondant à la vertébrale une étendue de 7 à 8 centimètres pour porter l'incision. Toute cette paroi thoracique a été anesthésiée localement par une infiltration de cocaïne au 10° faite à chaque point de la ligne d'incision.

Des injections, dix minutes avant l'opération, ont permis de couper ou inciser tous les tissus jusqu'à la plèvre sans la moindre douleur. La pleurésie que sur une étendue de 4 à 5 centimètres, on a pu admettre deux gros drains de caoutchouc du volume du petit doigt. Une égale attention a été donnée à leur extrémité externe et à leur racine par un large ruban de fil

blement désinfecté et noué autour de la poitrine empêchait leur sortie de l'abcès pleural.

Sauf chez notre troisième opéré, nous nous sommes abstenus de faire des lavages, et encore chez ce dernier nous n'en avons pratiqué qu'un seul. Il était destiné non pas à débarrasser les fausses membranes d'une partie de leurs germes, ce qui nous paraît une prétention hasardée dans la majeure partie des cas, mais à faciliter la sortie de celles qui se trouvaient libres et tombées au fond du cul-de-sac pleural. Par la suite on a eu recours au lavage dans les mêmes conditions lorsqu'on a dû réouvrir la plèvre pour évacuer de nouveau le pus qui s'y était accumulé.

Chez le deuxième opéré, on a également pratiqué quelques lavages isolés toutes les fois que la température s'élevant par trop pouvait faire croire à une infection de l'abcès pleural. La dernière a même donné lieu à une fistule pleuro-bronchique, et l'on pouvait craindre qu'une partie de l'injection ayant pénétré dans le poumon ne causât des phénomènes d'intoxication mercurielle. Heureusement il n'en fut rien et le malade continua de s'améliorer de jour en jour.

Tels sont les trois faits qu'il nous a été donné d'observer. Ils nous semblent venir à l'appui de l'opinion de ceux qui veulent *intervenir chirurgicalement et de bonne heure* dans tous les cas de pleurésie purulente.

Cette intervention met, en effet, les malades à l'abri d'une intoxication rapide et est habituellement suivie d'une guérison d'autant plus prompte que l'intervention elle-même a été plus hâtive.

Quant à la recherche des microbes, outre que les faits montrent qu'il nous faut faire de prudentes réserves sur la valeur des indications qu'elle fournit au point de vue thérapeutique, elle est souvent empêchée par la rapidité d'évolution de la maladie et peut quelquefois, par sa lenteur même, devenir dangereuse.

RECHERCHES
SUR
**L'ABSORPTION CUTANÉE DES SUBSTANCES MÉDICAMEN-
TEUSES**
INCORPORÉES DANS LES CORPS GRAS

PAR M. L. GUINARD

I

Quand nous avons commencé ces recherches, notre notion n'était pas de revenir sur la fameuse question de l'absorption des médicaments par la peau intacte. Notre but, plus restreint et plus modeste, était simplement de constater certains faits d'observation, et quelques expériences portant au pouvoir remarquable, attribué à la lanoline, de faciliter la pénétration des substances médicamenteuses à travers la peau.

En effet, depuis que Liebreich avait attiré l'attention des thérapeutistes sur la lanoline, et avait annoncé que la graisse diffusait avec une extrême facilité dans tous les épithéliums de la couche épidermique, un grand nombre de médecins l'avaient employée comme excipient, et avaient constaté que non seulement elle favorisait l'imprégnation superficielle par le médicament, mais encore la pénétration de ce dernier à travers la peau et son absorption cor-

Il nous suffira de rappeler que Kœbner, Katscher, Lassar, Herbig, etc., invoquaient, à l'appui, les expériences positives qu'ils avaient faites, et admettaient, par conséquent, qu'après l'application, sur le cuir chevelu, d'une pommade contenant un millième de bichlorure de mercure, on

out de quelques minutes, la sensation de sa-

ces nous apprenaient encore qu'en faisant sur la peau du porc et du cadavre humain avec mêlé à la lanoline, on peut constater, au mi-énétration du colorant dans les couches les du derme et dans le réseau lymphatique; re de potassium était, lui aussi, très rapide- et se retrouvait dans les urines, à l'état d'io-, 15 minutes après la friction.

beaucoup d'autres encore, semblaient indi- loi de la lanoline de Liebreich, comme exci-permettre, dans certains cas, une absorption dicaments en quantité suffisante pour obtenir raux.

pendant des avis diamétralement opposés, et nous citerons celui de Frænkel qui, après nté sur des malades et sur des sujets bien les pommades au sublimé, à l'acide salicyli-re de potassium, conclut qu'au point de vue de ces médicaments par la peau, il n'y a au-substituer la lanoline à l'axonge pour la pré-mmades.

plus loin et déclare que non seulement la yée comme excipient, ne favorise pas l'absorp-ments par la peau, mais la rend plus incer-

s dans la suite que cette constatation de ouble confirmée par nos propres expériences. , bien que parfaitement convaincus de la ré-e invincible qu'oppose l'épiderme intact à la substances placées à sa surface, nous n'étions e donner raison à Kœbner, Katschkowsky, et autres auteurs qui croient à l'absorption médicaments incorporés dans les corps gras; blait d'abord que, de même qu'un filtre préa-régné d'huile laisse passer isolément ce li-

quand il est mélangé avec l'eau, l'épiderme, toujours gné de matières grasses, doit laisser passer les sub-incorporées dans les corps gras. — La lanoline, étant le d'un produit de sécrétion cutanée, devait, pour la raison, pénétrer plus facilement encore.

Autre part, les résultats satisfaisants que nous avons obtenus dans le traitement de la gale folliculaire du chien, l'emploi d'une pommade ayant pour excipient la lanoline engageaient encore à croire en ce pouvoir partiel de pénétration; car la gale folliculaire est une affection parasitaire considérée souvent comme incurable, à cause de la difficulté qu'on éprouve à atteindre le *demodex* dans des follicules pileux où il se trouve cantonné (1).

Dans ce cas particulier, s'agissait-il d'une absorption ou d'une imprégnation plus facile des éléments cutanés? C'est ce que nous ne pouvons dire. D'ailleurs, dans notre essai, nous avons employé une pommade à la créoline à 5 %, et une autre à la créoline à 1 %; il peut parfaitement se faire que le premier médicament ait joué le principal rôle dans les résultats que nous avons obtenus.

En somme, il nous semblait qu'il y avait là un point à élucider, et, dès le 21 juin 1890, nous commençons une série d'expériences pour étudier comparativement le pouvoir pénétrant de la lanoline, de l'axonge et de la vaseline. — Ces expériences n'étaient pas terminées, lorsque dans le n° de mai du *Recueil d'Alfort*, MM. Adam et Schoumacher ont publié une note sur l'axonge et la vaseline au point de vue de l'absorption cutanée.

Dans cette note, les auteurs se proposaient de voir d'abord à quel point la peau peut absorber, et quelles différences présentent l'axonge et la vaseline comme facilité d'absorption. Les conclusions auxquelles MM. Adam et Schoumacher sont arrivés, après avoir expérimenté sur le chien, sont les suivantes :

Guinard : *Transmission et essai de traitement de la gale folliculaire du chien*, in *Journal de l'Ecole vétérinaire de Lyon*, 1890.

SORPTION CUTANÉE DES MÉDICAMENTS.

ption des corps gras par la peau est
ment faible chez le chien ;
peau intacte, les pommades à la vaseline
général.

n de l'absorption des médicaments par
core soulevée et démontrée expérimental
ces expériences ne nous paraissaient
nous avons été tentés de les reprendre,
le du travail que nous avons commenc
la question de l'absorption cutanée, j
contradictoires la laissaient encore en s
s poursuivi alors nos recherches avec
nos élèves de laboratoire, M. Bouret, q
leur actif et consciencieux. — Nous av
ible une série d'expériences sur l'homme
nous sommes efforcés de savoir : — 1°
s excipients gras, axonge, vaseline e
ritablement favoriser la pénétration d
menteux à travers l'épiderme ; — 2° s'i
e dans l'emploi de chacun d'eux, en ad
ion cutanée soit démontrée ; — 3° enfi
te absorption serait reconnue impossible
ne intact, quel serait l'excipient qui céd
principe actif y incorporé, quand une po
sur une surface absorbante ?

II

EXPÉRIENCES FAITES SUR L'HOMME.

rs essais ont été faits avec la pommade
e de potassium, préparée avec la lanol
is, comme dans tous ceux qui ont suiv
rs employé des pommades fraîches et
es. — Les applications étaient faites par f
e de jeunes gens de 21 à 22 ans, et chac
de prendre les précautions les plus
se mettre complètement à l'abri de l'abs

MÉMOIRES.

de la vapeur d'iode par les voies
erreur à éviter dans l'emploi de pom
potassium. A cet effet, une large ban
able était appliquée directement et
rictionnée.

Science I. — 5 gr. de pommade à l'iode
nt appliqués sur la poitrine de deux
au de la région épigastrique. — La
ne surface de 30 centimètres environ
endant cinq minutes. — Un quart d'h
ce à recueillir les urines, et on continue
s cinq minutes pendant les deux prem
eure en heure pendant les dix heures
ployant le réactif perchlorure de fer
sur la sensibilité duquel nous nous é
r un essai préliminaire fait sur l'urine
géré une dose très minime d'iodure d
sommes pas parvenus à déceler la n
pas plus dans l'urine de deux heures
dix heures.

II. — Pensant que la proportion d'iod
ntenue dans la pommade et appliquée
as suffisante, nous avons préparé, t
ine, une pommade au quart qui a été
e 8 gr. par sujet, sur une surface de
le 5 minutes. Comme précédemment,
ec toutes les urines de la journée.

èlement, nous avons essayé une pom
, préparée avec l'axonge et appliquée
bsolument identiques. Pas plus qu'av
n'a pu être décelé dans les urines.

III. — Dans cette troisième série noi
s pommades contenant parties égales d
et d'excipient, lanoline, axonge et va
3 gr. de chacune d'elles, avec friction
surface de 60 centimètres environ (tc

à chacun des jeunes gens, auxquels les frictions faites, recueillie comme précédemment, ne contiennent trace d'iode, pas plus après deux heures : même le lendemain.

— Jusqu'à présent la surface cutanée sur laquelle les frictions étaient pratiquées n'était pas préparée; nous avons répété les mêmes essais que dans la série III, les préparations préalables de la peau à l'eau tiède et au salicylate ont été aussi complètement négatifs que les précédentes.

Nous sommes donc autorisés à conclure que l'iodure de potassium incorporé même à doses fortes dans l'axonge, la vasoline ou la lanoline, appliqué avec friction et maintenu sur la surface cutanée pendant plus de dix heures, ne pénètre pas à travers l'épiderme et n'est pas absorbé.

Nous sommes, d'ailleurs, pas bornés à l'emploi de l'iodure de potassium et avons recherché également si d'autres substances pourraient, toujours appliquées en pommade, surmonter la résistance de l'épiderme.

Nous avons essayé successivement des préparations au chlorure de morphine, à la strychnine et à l'atropine.

— Le 13 janvier, l'un de nous se fait une large tache circulaire sur tout l'avant-bras, après lavage, à l'eau tiède et au savon, avec une pommade for-

chlorure de morphine. 2 gr.

vasoline 10 gr.

Application pendant six minutes, et conservation de la pommade sur la peau pendant toute la journée. Dans ces conditions, il n'y a pas eu le moindre indice que la pénétration de la strychnine, la région frictionnée n'a pas présenté le moindre gonflement, et, bien entendu, il n'y a pas eu de symptômes généraux.

Nous avons répété cet essai sur nous-même et n'avons pas obtenu de résultats.

— Dans un des travaux allemands que nous

Je me suis fait moi-même une large embrocation sur tout l'avant-bras gauche, avec une quantité de pommade contenant environ 5 décigrammes de sulfate de strychnine, frictionnant également tous les points de l'avant-bras, face externe et face interne. J'ai gardé la préparation durant six heures et pendant tout ce temps je n'ai rien ressenti, pas le plus petit trouble indiquant une pénétration du médicament; certes, la quantité n'aurait pas eu besoin d'être bien forte pour que l'absorption s'annonce par des signes non douteux et très caractéristiques. J'avais eu soin au préalable de m'assurer qu'il n'existait pas la moindre érosion dans les parties où le médicament devait être appliqué.

M. Bouret s'est appliqué, à deux reprises, la préparation contenant l'atropine, s'étalant chaque fois sur l'avant-bras une quantité de pommade renfermant 5 décigrammes de poison. Il n'a pas été plus heureux que moi; je devrais dire plus malheureux, car si le médicament avait passé, en quantité même dix fois moins considérable, il en aurait ressenti immédiatement les désagréables effets.

Par conséquent, chez l'homme, l'absorption cutanée des médicaments non irritants ne se produit pas, et la lanoline, pas plus que la vaseline et l'axonge, ne jouit d'un pouvoir quelconque pour vaincre la barrière épidermique. Nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur ces premiers résultats, qui nous serviront à faire une étude générale et critique de la question d'absorption par la peau intacte.

III

EXPÉRIENCES SUR LES ANIMAUX.

Nous avons dit plus haut que MM. Adam et Schoumacher nous avaient précédés dans cette voie et avaient recherché sur le chien quelle est la valeur de l'axonge et de la vaseline au point de vue de l'absorption cutanée. Se proposant de démontrer si, avec l'un ou l'autre excipient, l'absorption se fait de la même manière, ces auteurs admettaient en principe

que la peau absorbe; ils ont, en effet, entreprises comparatives et obtenu des résultats qui confirmer cette absorption, et accordent l'avantage pour la rapidité avec laquelle elle se fait.

Les faits que nous avons constatés étant absolument désaccord avec ceux que rapportent MM. Adam macher, nous tenons à reproduire le passage dans lequel se trouve la description de leurs expériences :

« Il était essentiel dans ces essais, vu les doses que nous avons été obligés d'employer à cause de la lenteur de l'absorption cutanée chez le chien, d'introduire accidentelle, soit par le tube digestif, soit par une solution de continuité. Pour éviter autant que possible ces causes, la pommade était appliquée, *sans frictions*, sur la tête préalablement tondue avec soin, et l'animal surveillé attentivement.

« 5 centigram. de chlorhydrate de strychnine ne produisent aucun effet, que l'excipient soit l'axonge (chien de 11 kil.) ou la vaseline (5 kil. 100). Hyperesthésie très prononcée. 5 décigrammes de chlorhydrate de strychnine dans l'axonge (chien de 11 kil.)

« Avec 2 gr. du même sel dans l'axonge on obtient les résultats suivants.

« Chien de 5 kil., accès tétanique au bout de 20 minutes.

« Chien de 15 kil. 600, mort au bout de 25 minutes.

« Chien de 36 kil. 500, mort au bout de 12 heures.

« Pour ce dernier chien, l'observation n'a pu être maintenue tout le temps, et il se peut qu'il se soit frotté la tête contre un objet, qu'il ait enlevé la pommade. Il n'y avait en tout que 8 grammes d'axonge en usage. Il suffisait d'une ingestion de 10 milligrammes de chlorhydrate de strychnine pour déterminer la mort.

« On pourrait objecter encore que pendant la solution de continuité avait pu se produire. On fit soigneusement une entaille légère sur la tête d'un chien.

ABSORPTION CUTANÉE DES MÉDICAMENTS

l'entaille était assez apparente pour qu'on peut s'en produire de pareille sans que la mort n'arriva qu'au bout de 20 heures pour le précédent.)

On conclure de ces faits que l'absorption cutanée est réelle, mais extrêmement lente, et qu'il faut des doses 1000 fois plus

élevées que par voie intraveineuse pour obtenir le même effet. Il a été impossible d'observer la mort de la souris faite à la vaseline.

Les doses ont été de 1 gr. de chlorhydrate de strychnine (25 kil.), ou de 4 kil. 150 et de 36 kil.)

Le chien a présenté les mêmes différences de l'excipient : très faible mydriase avec 1 gr. d'atropine dans l'axonge, et aucune avec 1 gr. d'atropine dans

(chien de 34 kil.). »

Pourquoi cette différence entre l'axonge et la vaseline ?

MM. Adam et Schoumacher, qui admettent la possibilité de l'absorption cutanée, croient la trouver dans la composition qui existe entre la vaseline et les graisses ou sébacées qui imprègnent la peau.

S'il était réellement prouvé que la peau imbibée des substances mélangées à l'axonge, nous admettrions cette explication, mais nous croyons et nous espérons que, chez le chien comme chez l'homme, l'absorption cutanée ne se fait pas.

La cause des différences constatées par les auteurs d'Alfort ne doit donc pas être celle qu'on a indiquée.

Nous ne comprenons pas non plus comment, après application de pommade à la strychnine, l'entaille assez apparente, faite intentionnellement sur la peau d'un chien, celui-ci ne soit mort qu'au bout de 20 heures, alors que, dans d'autres conditions, la peau étant intacte, l'animal mourait au bout de 20 et 25 heures, par exemple. La peau était-elle bien intacte ?

MÉMOIRES.

donner une explication par d'autres conditions dans lesquelles, nous proposons

l'axonge est inférieure à la même quantité de l'huile d'une même température et diffuse plus facilement. De tous les chiens, la pommelle est beaucoup mieux adaptée au poison et le poison oculaires ou à

ce, serait plus fixe et

l'absence de contrôle que

mais nous avons appliqué les à l'iodure de potassium l'autre avec la valeur nous avons recherché et diffusait au delà

vu s'est réalisé ; l'iodure au bout de quelques jours ; centimètres au delà ; tandis qu'avec la

à soutenir que les résultats dans l'expérience, mais notre expérience nous avons simplement

expériences que nous avons ; les résultats qu'

donnés. Elles ont été faites sur le cheval, le bœuf, le chien, le lapin et le cobaye.

IV

EXPÉRIENCES SUR LE CHEVAL.

Dans le cours de nos recherches bibliographiques, nous avons vu que Lassar, en mêlant du vermillon à la lanoline, était parvenu, après frictions sur la peau du cadavre humain et du porc, à constater, au microscope, que cette graisse pénètre et entraîne le colorant dans les couches les plus profondes du derme et dans le réseau lymphatique.

Nous avons répété cette expérience sur le cheval, en nous servant de pommades au vermillon préparées avec la lanoline, l'axonge et la vaseline.— Plusieurs frictions énergiques ont été faites avec chaque pommade sur les jarrets et les boulets d'un sujet de dissection. Ces frictions ont même été répétées trois fois, à quatre ou cinq jours d'intervalle, et après cela nous avons sacrifié l'animal.

Des lambeaux de peau ont été enlevés avec précaution, dans les points correspondant aux régions frictionnées; ils ont été durcis, coupés et examinés au microscope. Rien n'avait passé à travers l'épiderme, pas plus avec la lanoline qu'avec les autres excipients.

Sur le même cheval on avait fait aussi, dans d'autres régions, des applications réitérées de pommade au ferrocyanure de potassium. On a parfaitement constaté encore, en prenant la précaution de faire les coupes de dedans en dehors, afin de ne pas entraîner mécaniquement le sel dans la profondeur, que ce sel n'avait pas dépassé la couche épidermique.

V

EXPÉRIENCES SUR LE BŒUF.

Sur la région du dos d'un bouvillon de 8 mois, nous avons coupé les poils, en nous servant d'une tondeuse, et, après

MÉMOIRES.

ce point il n'existait pas
s appliqué, avec frict
ron, 50 grammes de po
vons pris le soin de pr
nte, en la recouvrant
tas gommé, que nous a
verture, très solideme
ouvelée, pendant dix
mme, un total de 500
pliquée sur le dos de n
xpérience, qui fut néga
utannée, nous avons co
irritation de l'épiderm
uisqu'elle n'a pas été
ient. En effet, plus de
e sujet était encore con
t n'a jamais présenté
e de la mercurialisati
ix de l'espèce bovine so
re. C'est là un fait b
ités de pathologie et d
r'ignorons pas que Lafo
res, après application d
ouble sur le dos d'un
que dans nos expéri
ade mercurielle simpl
ée à raison de 500 g
lications de 50 gr. chac
la peau intacte avait
accidents mortels, car
nous sommes servis
employée Lafosse ; seul
arrière épidermique, c
ergiques, et en employ

avec quelle facilité les
ons en soin de nous m

de l'absorption buccale, en protégeant convenablement les surfaces.

Nous croyons que, si au lieu de nous servir de la pommade mercurielle simple, nous avions employé la pommade mercurielle double, en *frictionnant énergiquement*, nous aurions pu obtenir des résultats conformes à ceux de Lafosse; mais alors nous n'aurions pas eu un *épiderme intact*.

VI

EXPÉRIENCES SUR LE CHIEN.

Nos expériences sur le chien sont particulièrement intéressantes, car non seulement elles prouvent que la peau intacte de ces animaux n'absorbe pas, mais encore elles démontrent combien il est important de prendre les précautions les plus minutieuses pour éviter les erreurs d'interprétation, pouvant provenir d'un accident ou d'une absorption du médicament par une tout autre voie que la voie cutanée.

Dans tous nos essais sur le chien, nous avons employé des pommades ayant pour formule :

Sulfate de strychnine. 1 gr.

Excipient (axonge, vaseline ou lanoline). 5 gr.

Expérience du 29 décembre 1890. — Trois chiens, pesant environ 10 à 12 kil. chacun, ont les poils coupés sur la région dorsale avec la tondeuse fine. On est sûr, avec ce procédé, de ne pas produire la moindre solution de continuité, et d'ailleurs, dans tous nos essais, nous avons soin d'examiner attentivement la peau.

Sur les surfaces préparées, on applique 10 gr. de pommade à la strychnine, soit 2 gr. de poison, employant pour chaque animal un excipient différent. — Afin d'éviter que les animaux puissent se lécher, on les musèle avec soin, mais on néglige cependant de recouvrir les parties frottées avec le taffetas ciré. Voici les résultats de cette expérience.

1° *Pommade préparée avec la lanoline.* — Friction faite à 10 heures 22. On a surveillé l'animal jusqu'à 11 heures 30;

mais à cette heure on est obligé de le laisser sans lance. — De retour au laboratoire, à 12 heures l'animal est trouvé mort. Il était parvenu à se débarrasser de sa muselière, et avait dû certainement se lécher.

2° *Pommade préparée avec l'axonge.* — Fr. à 10 heures 10. L'animal est trouvé mort, comme le précédent, à 6 heures 20, avec la muselière défaite. Même réaction précédemment.

3° *Pommade préparée avec la vaseline.* — La même a été faite à 10 heures. Le sujet a conservé constamment sa muselière et n'a pas présenté le moindre symptôme d'empoisonnement.

Le lendemain, dans la soirée, voyant que l'expérience est absolument négative, on procède au nettoyage de la région dorsale, chargée encore de pommade, et on défait le chien de sa muselière. — Il meurt dans la nuit et on le retrouve dans sa loge, les membres raides, la tête renversée, les oreilles droites, en somme dans l'attitude qui ne laisse aucun doute sur la cause de la mort.

Le lavage n'avait probablement pas été suffisant : une certaine quantité de poison avait dû rester sur la peau. Le chien, en se léchant, en avait absorbé assez pour mourir. La dose mortelle de strychnine pour le chien est faible (0,005 à 0,01), il n'a donc pas été nécessaire d'en absorber beaucoup.

Il est certain que, si nous n'avions pas pris la précaution de museler nos chiens, nous aurions pu interpréter les résultats de ces expériences d'une autre manière et les considérer peut être comme favorables à l'absorption cutanée. car, pour compléter l'illusion, cette absorption se produisait dans un ordre absolument conforme au prétendu ordre de pénétration de chaque excipient : 1° lanoline ; 2° axonge ; 3° vaseline. Mais la muselière enlevée, coïncidant avec la mort de chaque sujet, il n'y avait aucun doute, et nous pouvions expliquer l'accident autrement que par une absorption buccale.

TION CUTAN

ce est donc
is elle n'e
us a mont
causes d'
estion d'a
rychnine.
ques détail

lu 7 janv
taille, to
oplique, e
15 gr. de
nine inco
La surfac

accidents
la région
soin de
de la poi
n carré de
olument le
ion, une cl
de chaq
métallique
condition
ué sur la
a pas suiv
n.—Mais i
usqu'au su
écautions e
après 48 h
t été main
ne dans c
it pas prés
s ont gard
s paraître
amoclès le

Maïs nous ne nous sommes pas contentés de cet épreuve et nous avons recherché si, sous l'influence du bon lavage préalable, fait avec de l'eau tiède et du noir, la peau deviendrait plus pénétrable et permît le passage du poison.

Sur le dos de trois chiens, ainsi préparés, nous avons appliqué en frictions, 20 gr. de pommade à la lanoline au cinquième, c'est-à-dire 4 gr. de poison. Concomitamment, toutes les précautions ont été prises pour que les sujets ne puissent pas se lécher, et, dans ces conditions, l'expérience a été prolongée pendant trois jours.

Les résultats ont été aussi négatifs que dans les expériences précédentes et, ni avec la lanoline, ni avec l'axonge, ni la vaseline, l'absorption n'a jamais eu lieu.

Devons-nous, après cela, conclure que la peau n'absorbe pas? Nous ne le pensons pas.

VII

EXPÉRIENCES SUR LE LAPIN.

Avec les lapins, nous avons eu les mêmes résultats qu'avec les chiens, c'est-à-dire que, toutes les fois que nous n'avons pas su nous mettre à l'abri de l'absorption par la muqueuse digestive, nous avons obtenu des résultats négatifs.

Plus peut-être qu'avec le chien, il importait de prendre toutes les précautions contre les atteintes de la langue des lapins. Malgré une surveillance attentive, parvenaient à se lécher les surfaces qu'ils sentaient imprégnées d'un corps étranger.

Aussi nos premiers résultats étaient-ils absolument négatifs : tantôt c'étaient les pommades à la lanoline qui déterminaient la mort les premières, tantôt les pommades à la vaseline, tantôt les pommades à la lanoline. Nous savions que conclure, et il était évident pour nous que nos animaux mouraient, ils n'avaient pas absorbé.

ABSORPTION CUTANÉE DES MÉDICAMENTS.

surface cutanée.—S'il en avait été fait, les résultats auraient été plus concordants, et avec des applications répétées sur des surfaces identiques, les conclusions n'auraient pas été aussi considérables que celles que nous avons tirées. Cependant nous nous efforcions, pour faire passer les médicaments à travers la peau des animaux, soit de bien soigner la plaie avec un carré de taffetas gommé, soit de faire des frictions avec des substances qui étaient insuffisantes. Ce n'est qu'avec un carré de taffetas gommé, soigneusement cousue, et recouvrant la plaie, que nous avons pu faire passer les médicaments pendant deux et trois jours avec un grain de sel appliqué en pommade sur la plaie. Nous avons eu, par ce bien soin, chaque fois, de couper la plaie avec un bistouri, et de veiller à ce que celui-ci ne produise qu'une petite excoriation.

Il en a été de même chez le lapin, qui a une peau si mince, que l'absorption n'a pas lieu lorsqu'il y a une plaie.

Les expériences que nous avons faites ne peuvent pas d'être citées ici. Elles nous ont donné des résultats qui nous ont fait faire en considération, car il est difficile de faire passer les médicaments à travers la peau d'un animal, les précautions minutieuses que nous avons prises pour que l'on puisse affirmer les conditions.

VIII

CONCLUSIONS ET INTERPRÉTATION DES PRÉCÉDENTS, RELATIVEMENT A L'ABSORPTION CUTANÉE DE QUELQUES EXPÉRIENCES DÉJÀ PUBLIÉES SUR LE SUJET.

Avant d'entrer dans le développement de nos expériences et de les comparer avec celles qui ont été posées par de nombreux expérimentateurs qui ont fait des expériences dans le même sens, nous tenons à bien stipuler qu'aucune de l'absorption des substances incorporées dans des graisses et placées sur la peau sous forme de pommades.

Amenés, sans le vouloir, à traiter de l'absorption des médicaments par la surface cutanée, nous ne craignons qu'on puisse nous reprocher de revenir sur une question parfaitement tranchée aujourd'hui et sur laquelle de nombreuses expériences ont été faites.

On ne doit, en effet, considérer qu'une question qui a été positivement tranchée qu'autant qu'on ne voit pas de faits contradictoires être de nouveau apportés par des auteurs différents. Or, ce n'est pas le cas pour la question de l'absorption par la peau. Il suffit de présenter des expériences qui permettent la question sur le tapis, pour voir immédiatement surgir des opinions contraires. Les uns sont convaincus qu'ils n'admettent pas cette absorption, tandis que d'autres citent une foule de faits cliniques à opposer, pour prouver qu'elle est vraie. Il en est cependant qui font de la question une question ouverte et qui ne l'admettent que dans certaines conditions. Quelles sont ces conditions? Voilà où nous nous trouvons maintenant.

J'avoue que le jour où j'ai eu l'honneur de venir faire un travail à la Société des sciences médicales, je m'attendais un peu aux objections qui m'ont été faites. Je soupçonnais fort bien que je n'arriverais pas à convaincre tout le monde, car beaucoup d'expériences, publiées par des auteurs d'une grande autorité, paraissent avoir un grand poids pour démontrer le contraire de ce que nous

ore ce qui nous a engagés à insister, plus que nous t d'abord, sur la partie de notre travail qui concerne 1.

ons consulté un grand nombre de documents, et ue nous nous sommes faite est la suivante :

s auteurs qui croient encore à l'absorption cutanée : surtout des cliniciens; au contraire, la majorité entateurs et des physiologistes ne l'admet pas. parlons, bien entendu, que des auteurs actuels et upons pas des expériences déjà anciennes. Celles- ont presque toutes un défaut de cuirasse dont il profiter, pour montrer qu'elles ne suffisent pas er l'absorption.

ns lu, avec le plus vif intérêt, l'excellent *Traité itique* de M. le professeur Soulier (1), et y avons passage qui exprime absolument l'idée que nous s de l'absorption par la peau. L'opinion d'un maître ticien comme M. Soulier est d'un trop grand poids ous ne reproduisons pas textuellement ce pas-

peau, nous dirons seulement ceci : c'est qu'elle ouvoir absorber que les gaz, les vapeurs. Le *cor- gunt nisi soluta*, dont l'inexactitude est certaine, is avons vu des médicaments agir en dehors de i, ne concerne que les corps solides en contact rface muqueuse; ils n'auront d'action, disait-on ue s'ils sont absorbés, et ils ne seront absorbés ot dissous. Vis-à-vis de la surface cutanée il faut ier le vieil axiome et dire : *Corpora non agunt ata*. Rien de plus problématique, de moins prouvé alement, *si la peau est absolument intacte, si a une épaisseur normale*, que l'absorption d'une quelconque, en solution ou en pommade, étant à la température du corps, ou plutôt à la tempé-

le thérapeutique et de pharmacologie, par Henri Soulier.

Paris, 1891, librairie Savy.

rature où le médicament est employé, il n'émette pas de vapeur. »

Nous ne pouvons donc considérer nos expériences que comme une série de démonstrations de ce que M. le professeur Soulier avait nettement consacré, avant même que nous ayons commencé nos recherches.

Cependant, si nos conclusions ne sont pas nouvelles, nous osons croire que nos expériences n'en ont pas moins un certain caractère d'originalité, par le nombre des sujets sur lesquels nous avons expérimenté, et par les soins minutieux que nous avons apportés à opérer dans les conditions les plus rigoureuses, pour que nos résultats ne soient pas troublés par des absorptions étrangères à la voie épidermique.

De plus, en nous servant des trois principaux excipients gras, nous avons prouvé que pas plus l'un que l'autre n'était favorable à la pénétration des substances actives à travers la peau.

Après lecture du passage où M. Soulier exprime si catégoriquement l'opinion qu'on doit se faire de l'absorption cutanée, nous n'avons pas l'intention de revenir à la charge sur cette même question; mais, à côté de cela, nous avons trouvé aussi des opinions absolument contraires, et il nous a d'ailleurs été fait un certain nombre d'objections qui méritent d'être prises en considération.

Et d'abord, peut-on concevoir que la peau soit un organe d'absorption? Nous ferons à cette question la réponse déjà reproduite par beaucoup de physiologistes. La peau est, avant tout, un organe de protection dont les couches épidermiques stratifiées et kératinisées, ne paraissent pas devoir servir de porte d'entrée aux substances extérieures. C'est aussi un organe de sécrétion, mais un organe de sécrétion excrémentitielle, c'est-à-dire qu'il y a constamment, au niveau de l'orifice des glandes sébacées et sudoripares, un courant actif de dedans en dehors qui ne doit pas être favorable à l'absorption par ces voies. — Il est vrai que ces ouvertures, ainsi que la gaine des poils, étant constamment imprégnées de matières grasses et huileuses, on pourrait croire

qu'elles permettront la pénétration des substances incorporées dans les excipients gras. C'est ce que prétendent du reste les auteurs qui croient encore à l'absorption cutanée. Beaucoup d'entre eux ne reconnaissent pas que la peau puisse laisser passer les substances contenues dans un véhicule aqueux, mais admettent que, dans une certaine mesure, les matières actives incorporées aux corps gras peuvent pénétrer l'épiderme, arriver au contact des éléments vasculaires superficiels du derme et être absorbées. Le mercure, employé en frictions dans le traitement de la syphilis, serait une preuve de cette pénétration.

En dehors de nos expériences personnelles, nous rappellerons, à propos du mercure, que Fürbringer n'a pas pu voir ce métal dans l'épaisseur du tégument des animaux qu'il frictionnait avec de l'onguent mercuriel, et que M. Merget a, lui aussi, obtenu des résultats qui sont absolument défavorables à l'absorption du même médicament par l'épiderme intact. — Ce dernier auteur avait recouvert le bras d'un jeune étudiant avec de l'onguent mercuriel, et, pour éviter les causes d'erreur, il le faisait respirer au dehors avec un masque ; il avait pris également la précaution d'entourer le bras avec plusieurs enveloppes de gutta. — M. Merget croit donc que le mercure ne traverse pas la peau et que les résultats favorables, obtenus dans le traitement de la syphilis, proviennent de l'absorption de ses vapeurs par le poumon. Aussi propose-t-il de remplacer les onctions cutanées par l'application, sur la poitrine, d'un plastron de flanelle recouvert de mercure réduit. Ce plastron laisserait dégager des vapeurs en quantité suffisante pour obtenir des effets satisfaisants.

On pourrait, il nous semble, donner une autre explication de la pénétration du mercure, appliqué en pommade sur la peau de l'homme ; car, en somme, on ne peut nier les faits, et souvent le dégagement des vapeurs est difficile à admettre seul.

Personnellement, nous ajoutons une grande importance à l'irritation provoquée à la langue par la pommade mercurielle,

qui doit passer alors par effraction cutanée et non à travers l'épiderme intact. Non seulement pour le mercure, mais beaucoup d'autres substances, cette explication doit être vraie. Nous sommes également disposés à admettre le mécanisme suivant : Dans les régions très velues, le médicament pourrait peut-être pénétrer dans les follicules et les glandes sébacées, et se trouver ainsi dans une cavité où, réduit en vapeurs, il passerait plus facilement à l'absorption.

Gubler admettait pour les gaz une diffusion dans les conduits sudoripares, diffusion suivie ensuite de l'absorption par les glandes. Pourquoi ne reconnaitrions-nous pas que la même chose peut avoir lieu pour les substances solubles appliquées à la surface de la peau, mercure ou autre, par exemple. Ça reviendrait toujours à l'axiome adopté par M. le professeur Soulier : *Corpora non agunt nisi evoluta*. — Toutefois nous pensons que, si les procédés de démonstration dont nous venons de parler sont possibles dans certaines conditions particulières, ils ne doivent pas avoir une grande importance ; l'absorption par ces voies doit être infinitésimale et présenter des différences suivant les espèces.

Quant à la pénétration des substances absorbables dans la gaine des poils et les conduits des glandes sébacées, c'est particulièrement occupé M. Aubert, qui croit que l'absorption est pour cela plus facile dans les régions velues que dans les régions glabres. Il y aurait, d'après lui, un tiraillement exercé sur les poils au moment de la friction, tiraillement qui produirait des érosions épidermiques favorables à l'absorption.

Parmi les expériences faites par M. Aubert, il en est une qui consiste à rechercher l'absorption de la pilocarpine incorporée à l'axonge. Quand la friction était faite dans un endroit dépourvu de poils, il n'obtenait rien ; dans les régions où il existait des poils, la pénétration était manifeste.

Nous sommes heureux de constater qu'une partie de ces expériences prouve que la peau n'absorbe pas ; il est seulement qu'à côté, l'auteur admet une pénétration par les follicules.

mais il semble nous indiquer aussi que les frictions, quant à l'application, étaient assez énergiques pour des tiraillements des poils dans leur gaine et des *épidermiques*.

nos expériences, surtout en nous servant de la lanoline, nous appliquions la pommade en frictions, mais nous *juste suffisantes* pour que la peau soit parfaitement et complètement imprégnée du corps gras; nous n'avons pas cherché à produire des tiraillements et des éro-

docteur Clément, visant particulièrement l'absorption cutanée de potassium, nous a fait remarquer que, cliniquement, on est forcé d'admettre que, même la peau étant saine, le médicament exerce une action résolutive dans les tumeurs ganglionnaires ou dans les hypertrophies du thymus. Il pense que l'absorption de quelques vapeurs iodées peut expliquer l'action du médicament employé sous forme de pommade.

Comme nous n'avons pas immédiatement répondu à cette objection nous soyons parfaitement convaincus que, quelque qu'il soit, le dégagement de vapeurs, provenant de la décomposition de l'iodure par les acides gras, est suffisant pour que la pénétration ait lieu par les voies respiratoires. Depuis nous avons eu l'idée : 1° de nous assurer de la conservation de l'iodure dans l'axonge, la vaseline et la lanoline; 2° de rechercher, dans les conditions expérimentales, dans quels cas l'iodure peut vraiment passer dans l'organisme et se retrouver dans les urines.

Nous avons préparé avec l'axonge, la vaseline et la lanoline trois pommades officinales à l'iodure de potassium.

Une de ces pommades a été placée en quantités égales, dans un grand vase, à la partie supérieure duquel se suspendu un papier fortement imprégné d'empois blanc.

Le lendemain matin, du côté de la pommade à l'axonge, le papier amidonné était d'un bleu foncé, tandis que dans les autres vases il ne présentait pas la moindre coloration.

MÉMOIRES.

au bout de cinq jours que le se trouvait la lanoline iodurée. — La pommade à la v de vapeurs ; l'iodure de ~~potass~~ par cet excipient.

ne grande différence dans la c l'iodure de potassium, suivant lanoline ou de vaseline. Ce prétention d'apprendre quelque de montrer, approximativement avec laquelle se décompos

aré des pommades fraîches à les trois excipients que nous , avec chacune d'elles, une fric lu cou de trois jeunes gens. L nt protégées par un mouchoir de temps après l'application, aune et manifestement altérée. lysées une heure et demie après l'iode. Le sujet a conservé sa , et il fut possible, dans l'ur r de notables proportions d'iod line, ce n'est que le lendemain (une légère trace d'iode dans l menté progressivement au poi e qui apparaît après l'emploi d

eline, rien n'a passé pendant ; n'est que le troisième jour qu une légère teinte rouge pourp perchlorure de fer et le sulfu r cas, nous n'attribuons pas la i vaseline, mais aux produits d umulaient sur une surface nor les applications des mêmes po protégeant les surfaces avec le t

ABSORPTION CUTANÉE DES MÉDICAMENTS

est aussi négatif que d'autres, même après contact avec l'eau pendant deux jours. Nous avons ainsi observé nos résultats, sans vouloir insister sur l'absence de cette décomposition, nous rappellerons que nous avons constaté qu'avec une émulsion on introduit mieux qu'avec un médicament donc autorisés à penser qu'il ne faut pas d'admettre l'absorption des médicaments gras, c'est surtout pour les médicaments qui se dissolvent dans ce médicament, et que quand on se sert de préparations qui se décomposent plus rapidement, et leur absorption est plus facile, et ils en dégagent, qui est le meilleur à employer pour la pénétration ; et, dans les circonstances exceptionnelles où l'absorption s'effectue par l'axonge qui, transformée en vapeur, doit être pré-

parée à la question de la pénétration des médicaments dans la peau. On a répondu aux deux questions posées : 1° la pénétration des médicaments incorporés dans les émulsions n'est que *très lentement* et seulement dans les régions où il y a de la vaseline et lanoline. 2° Il n'y a aucun avantage au point de vue de la pénétration des médicaments à travers l'épiderme. On ne doit pas d'appliquer une pommade ou une émulsion, nous l'appliquons sur une surface qui ne peut facilement traverser, comme une muqueuse, un

MÉMOIRES.

nt qui cédera le plus rapidement l
a masse?

amène à traiter la deuxième partie de

IX

ECÉRANT DE L'AXONGE, LA VASELINE ET
LES PRODUITS AUXQUELS ELLES SERVENT

sommes servis de la grenouille po
premiers essais sur cette question
très absorbante de ce batracien se
pénétrer par les substances actives
nmades appliquées à sa surface.

tites rondelles de papier, ayant exac
sion, nous étendions des quantités
a strychnine, préparées au même titr
fférents. Ces sortes d'emplâtres étaie
sur le dos de grenouilles ayant app
me poids. Voici les résultats que n

A. — *Pommade préparée avec la va*
is toxiques 9 minutes après l'applicat

B. — *Pommade préparée avec l'ac*
is toxiques 19 minutes après l'applic

C. — *Pommade préparée avec la*
tions toxiques 21 minutes après l'ap
grenouille A est morte la première,
it encore des contractions tétaniques
ops après que la grenouille B avait

s répété cette expérience plusieurs foi
staté les mêmes faits. Les trois e
line et lanoline, ne cèdent donc pas
aits qu'on y incorpore, et, sur une st
u comme la peau de la grenouille, c'

MÉMOIRES.

sultats qu'il a publiés avant les n
ns eu connaissance qu'après avoi
nos essais.

s le *Pharmaceutical journal*, nu
), que M. Löff a fait l'exposé de se
ant ~~comme nous~~ les propriétés os
a solubles, mis sous forme de po
procédé dont nous apprécions l
ré des pommades à la vaseline, à l'
enfermait chacune d'elle dans u
il plongeait ensuite dans l'eau ch
ainsi le procédé de diffusion à trav
avec la vaseline, l'iodure de potassi
eau après une heure ; avec l'axong
c la lanoline, rien n'avait passé apr
staté aussi que tous les médicame
galement vite dans les mêmes cond
ipients, ainsi : la résorcine, dan
t seulement après dix heures ; de
heures.

ats sont donc absolument conforme
n a conclu justement que, "si une)
ns le but de faire absorber un p
préférer est la vaseline ; si l'on v
aire un effet local, l'absorption n
est la lanoline qui est la meille
re conclusion ne concorde pas avec
s plus loin.

sommes en effet demandé si la pro
dicaments solubles, mis sous for
même sur une surface absorbant
as un milieu aqueux, que sur une
liquides organiques, ou dans un

ce suivante nous a permis de rép

r préparé, sur trois cobayes, un go

V CUTANÉE DES MÉDI

la peau et dilacéra
introduit avec soin, d
de pommades à la s
r chaque animal un
mais (nous les avons
rychnisée était rapid
ite, tandis que l'em
avec la pommade à l
mes assurés encore en
M. le professeur L
s à la démonstration
plonger les vessies qu
l'eau distillée, nous
eval; d'ailleurs nous
mouton, mais de ve
elles nous introduisi
potassium.

et été aussi précises q
la vaseline diffusait
am après six heures
e déceler après vingt
ie le surlendemain
ne. — Ces chiffres s
e donnés comme rigou
n fait découle clairem
érence bien tranchée
médicament suivant l'
l'intensité du précip
ois jours; sur des pri
e avons constaté que
nt, tandis qu'il était
core plus faible du côt
rience, faite sur la p
strychnine, est encor
appris les essais pré
la surface cutanée at
ermiqué par des frot

e circonstance, la pénétration se fait tout en proportions infinitésimales. — On accélérer par des frictions énergiques, qui ont pour but de déterminer des tiraillements sur les téguments et de débarrasser les ouvertures des pores qui les remplissent.

La vaseline, pas plus que l'axonge et la vaseline, n'est propre à favoriser l'absorption cutanée et la pénétration dans le système vasculaire. — Nous n'avons pu constater si elle jouit véritablement du pouvoir pidermique qu'on lui attribue. Dans tous les cas, nous ne pouvons admettre que cette pénétration est limitée à une imprégnation superficielle. Sur les surfaces absorbantes, les trois excipients ne se comportent pas de la même manière. — C'est la vaseline qui agit le plus rapidement et paraît la plus favorable à la pénétration rapide d'un médicament appliqué sous forme de pommade.

Sur les surfaces liquides organiques, la lanoline cède la place aux huiles; c'est l'inverse qui a lieu sur la surface aqueuse; c'est l'eau qui est imprégnée.

Il résulte que, si une pommade doit être employée pour faire absorber le principe actif, l'excipient le plus favorable est la vaseline. — Inutile d'ajouter que nous ne recommandons pas de faire sur une surface absorbante

pour les applications devant avoir une action locale, sur les surfaces absorbantes, l'axonge vaudra mieux, car elle retiendra plus longtemps le médicament et aura plus d'action.

Ad il s'agira d'avoir une action locale en même temps qu'une action parasiticide, par exemple pour le traitement de la gale, on devra employer la vaseline qui devra être préférée, et non l'axonge.

LES

IM AUX DE L'ESI

ÉGION LYONNAISE EN P

'AR LE D^r J. DRIVON

gétaux, tous les être
ites animaux et végé
t avoir des parasite
s et rendus stériles pa
ou et la puce du chien
umerina.

vail nous permet de
ites des végétaux, n
spèce humaine (bacille
ladies cutanées : ach
it, notre champ d'étu
rrit pas quelques aca
e du nez?... Parmi le
nvolontairement secc
atre différents cestod
l'intestin, trois ou q

emodex (simonea) follicu
mon service. Je l'ai trou
résultat a été le même
s 40 fois sur 60; Mégnin
d'un régiment d'artillerie
nble que notre région s
ie.

s le foie, dans l'intestin ou dans le sang; neuf
 atodes qui habitent les voies digestives ou la
 a aussi quelques jeunes cestodes du nom de
 s, d'échinocoques, d'hydatides ou d'acéphalo-
 trouvent en lui une crèche pour les abriter pen-
 ... Nous fournissons encore le vivre à trois ou
 ces de poux, à un cimex, à une puce et à deux
 ans parler de certains organismes inférieurs qui
 dans le tartre des dents ou dans les mucosités
 anes muqueuses (1). »

qu'elle soit, les recherches modernes ont rendu
 ation bien incomplète. Aujourd'hui, il faudrait
 aine de ténias ou de bothriocéphales, autant de
 iron quinze nématodes, sept ou huit acariens, etc.
 eut avoir tous ces parasites, mais il n'en a pas
 si grande variété; il en a cependant en général
 croit. Certaines espèces n'ont été trouvées qu'un
 de fois; d'autres ont un habitat restreint :
 ma Ringeri semble limité au Japon et à l'île de
 Bilharzie est un hématozoaire de l'Afrique orien-
 s les limites ne sont pas infranchissables et,
 e parasite, transporté hors de son pays d'ori-
 user de grands ravages, s'il trouve des condi-
 les à son développement. C'est ce qui est arrivé
 lloxera vastatrix. Mais pour nous borner aux
 mains, voyons ce qui se passe depuis quelques
 la puce pénétrante ou chique.

de l'Amérique, on ne l'y trouvait que du 30°
 d au 30° latitude Sud, mais là dans toutes
 et à toutes les hauteurs, au moins jusqu'à
 . Elle fut apportée en Afrique, à Saint-Paul-
 3° lat. S.), en 1872 ou peut-être en 1873, par
 venant du Brésil. En moins de trois ans, elle
 guela (13° lat. S.), au Congo et à 70 lieues à

den : Commensaux et Parasites, 1883, p. 87.

présent y ajouter la Tunisie. Brault, *Lyon Médical*,

l'intérieur des terres. Quelques années après, elle é Sénégal (16° lat. N.) et avait traversé l'Afrique; on trouvait dans une grande étendue de la côte orientale France n'est pas sérieusement menacée, mais on n'e dire autant du sud de l'Algérie.

Nous pouvons du reste trouver dans notre région des ples de migrations de parasites.

Vers 1870, une épidémie s'abattit subitement s cyprins, les tanches en particulier, des étangs de la Les tanches périrent par centaines de mille; en q années les étangs furent dépeuplés, les propriétaires s des pertes énormes. C'était le fait de la propagatio helminthe, la *ligula simplicissima*, état larvaire *ligula monogramma* des oiseaux aquatiques. Actuel encore, presque toutes nos tanches ont des ligules.

Plus récemment, une maladie parasitaire a détruit p complètement les écrevisses dans notre région. Une n semblable, causée par le *distoma cirrigerum*, les a éga détruites dans certaines parties de l'Allemagne.

Chaque localité peut avoir sa faune helminthique sp celle de Lyon, par exemple, diffère de celle de Saint-l par l'absence de l'ankylostome. Celle des campagnes de celle des villes par la présence de certains acariens (lepte automnal), qui vivent dans les broussailles et se accidentellement sur l'homme. Ces faunes helmin sont susceptibles de se modifier. Aujourd'hui, presq le monde voyage : on peut rapporter des parasites de qu'on a visités. Avec les viandes, les poissons que no sons venir des pays étrangers, nous importons les p de ces pays (*trichines*, *bothriocéphales*). Les solda reviennent de l'Indo-Chine peuvent en rapporter d espèces de douves. D'autre part, les mesures d'hygi surveillance des viandes, la filtration des eaux ten diminuer et même à faire disparaître les entozoai faune helminthique d'une région est donc variable but a été de faire connaître ce qu'elle est actuellemen

PARASITES ANIMAUX DE L'ESPÈCE HUMAINE

; mais je ne me dissimule pas que dan peut être absolument modifiée.

aux parasites qui vivent à nos déper les parties de notre organisme; n'y séjournent pas et n'y viennent de nourriture (cousin, punaise), mais table et le logement. Les uns vivent à ediculi), dans les follicules sébacés (de me (acares), ce sont les épizoïques. L même de l'organisme, dans les cavi sont les entozoaires.

travail, je ne m'occuperai que des entc partie seulement des entozoaires : les es et les némathelminthes. Pour les a sont encore trop incomplètes, ce ser objet d'une deuxième partie.

entozoaires que l'on trouve dans notre ls j'ai résumé les connaissances acqui devoir énumérer tous ceux qui ont ét e. C'est bien souvent parce qu'on ne leurs qu'on suppose qu'ils n'existent erminée. Avant que Perroncito vînt m l'ankylostome à Saint-Étienne et à ec'était un parasite spécial à l'Italie et i sait qu'il est absolument cosmopolite i pour un entozoaire de l'Égypte, e sia le plus commun en Sicile, et l'on sûrement en France, puisque Grassi nt venant de Marseille.

jamais cette recherche des entozoaire est peu agréable, et aussi parce q succès, il faut connaître leur siège, le ions. Ce sont ces indications que j'ai tement, et le procédé de recherche que rmet de faire la recherche dans des sera donc possible de faire une statis nombre un peu considérable d'autopsi

Cette statistique n'a encore été faite qu'en Allemagne à Erlangen, à Dresde et à Kiel. Voici les résultats :

		%.	
A Erlangen, 1755 autopsies	Ascarides.....	12,9	Ténia
	Oxyures.....	12,1	Ténia
	Trichocéphales	11,1	Cystice
A Dresde . 1939 —	Ascarides.....	9,1	Echino
	Oxyures.....	2,1	Ténia
	Trichocéphales	2,5	Ténia
A Kiel.... 1177 —	Ascarides....	18,3	Pentas
	Oxyures.....	23,3	Cystice
	Trichocéphales	32,2	Trichin

Enfin, pour terminer ce qui est relatif aux parasites du genre *Ascaris*, voici deux observations qui ne se rappellent de véritables entozoaires, c'est de l'helminthophobie.

Obs. I. — F..., 60 ans, tisseuse. Entrée le 29 janvier, sortie le 8 avril. Cette malade est absolument atteinte de l'ingestion d'eau d'une borne-fontaine. Elle a avalé un petit serpent. Ce serpent s'est depuis développé : elle en ressent tous les mouvements, parfois lui teter la pointe du cœur, ce qui détermine des syncopes.

Pour se débarrasser de son hôte, elle a employé tous les moyens qu'on lui a suggérés, parmi lesquels les purgatifs drastiques. Aussi a-t-elle au moment de la dysenterie très intense. Les selles sont sanglantes et mélangées de cylindres de mucus concret que présente comme étant la peau de son serpent.

L'examen des matières ayant été négatif au point de vue de l'helminthiase, il n'y eut à traiter que la dysenterie. Sous l'influence du traitement, la dysenterie disparut, l'état général s'est amélioré, le poids de

(1) Eine ausreichende statistik der menschlichen Entozoen für die Europäischen Culturstaaten noch ein Desiderat. *L. Parasiten des Menschen*, p. 193.

SITES ANIMAUX DE L'ESPÈCE HUMAINE.

le 2 kilogr. pendant son séjour à l'hôpital, c'est-à-dire deux ans après ce traitement, qu'elle a toujours son serpent.

F..., 42 ans, dentellière. Il y a quelque temps, en préparant une carpe pour sa nourriture, elle prit pour de la graisse : elle la mangea. Depuis que c'était un ver, elle est fort malade. Elle ressent les mouvements du ver ; elle a des sortes de symptômes qui tiennent à une névropathie. Elle a surtout considérablement maigri.

Les matières ayant été absolument négatives, rassurer en lui montrant des ligules et en lui montrant le ver qu'elle avait mangé, et en lui montrant dans d'autres pays, en Italie, par exemple, on le lui a montré comme un morceau très délicat.

Le 21 février 1890, elle sort le 21 mars guérie. Elle a repris son régime et de l'hydrothérapie, son poids est de 250 gr. à 48 kil. 100 gr.

Les parasitisme imaginaire sont loin d'être rares. La maladie est presque toujours très difficile à diagnostiquer. Les malades ont réellement de la dyspepsie, de l'entéralgie ; ils attribuent, à tort, à un ver les symptômes qu'ils ressentent, mais ces symptômes ne modifient pas la maladie. La maladie ne modifie même pas la digestion. Le serpent est toujours là. Le médecin ne doit pas examiner avec soin les déjections, nier la présence du ver. En effet, si le malade vient à rejeter une ascaris, un ascaris, ou un gordius de 60 à 80 centimètres, ou un gordius de 60 à 80 centimètres et son entourage, le médecin se sera trompé. Il faut-il qu'il y a entre les serpents et les autres animaux. On sépare les vertébrés des invertébrés ; on sépare un serpent et un ver, il n'y a qu'une différence. On commencera donc par s'assurer, par l'examen des déjections, s'il n'y a pas réellement des parasites (ascaris, trichocéphales, etc.) ; si l'on trouve

œufs, on s'efforcera d'éliminer les entozoaires et de reconnaître l'existence. Peut-être pourra-t-on ainsi exercer sur le malade assez d'influence pour le faire renoncer à sa crainte. Ou bien encore on lui dira que tous les accidents sont dus aux vers que l'on a expulsés; mais bien souvent, malgré l'amélioration de l'état général, l'opinion du malade ne change pas la même, le serpent restera dans son imagination.

RECHERCHE DES ENTOZOAIRE.

Le moyen le plus simple consiste à ouvrir l'abdomen et à chercher dans son contenu, en s'aidant, s'il y a lieu, d'un filet d'eau pour dissocier les résidus alimentaires. Les objections que je ferai à cette méthode sont purement théoriques; je dois reconnaître que son emploi est employée. Sans être d'une délicatesse excessive, elle est regardée comme peu séduisante cette manipulation. Les aliments plus ou moins digérés. De plus, la recherche par cette façon risque d'être souvent infructueuse. Et sans doute de trouver les ténias et les ascarides. Les trichocéphales aussi, puisque c'est le procédé de Dubois par Perroncito pour la recherche de ces entozoaires. Les trichocéphales, qui souvent sont fixés au milieu des résidus alimentaires, c'est plus douteux. Les oxyures, à moins tout, ne seront, vu leur petitesse, trouvés qu'avec difficulté.

Une deuxième méthode est celle de Davaine; dans l'examen microscopique des matières fécales, les entozoaires ont des formes tellement caractéristiques (voir planche fig. 1), qu'il est impossible de les méconnaître. À première vue, on reconnaît parfaitement un œuf d'ascaride (a), d'ascaride (g), de trichocéphale (t), ou d'œuf de ténia solium (b). On distingue même l'œuf du ténia saginata (a). Cette méthode a ceci de précieux qu'elle permet de reconnaître sur le vivant les entozoaires. C'est la méthode clinique, celle à laquelle on devra souvent recourir. Elle exige seulement

le la patience, car il faut faire souvent plusieurs pour arriver à trouver des œufs. Récemment, l'autopsie qui m'avait fourni huit trichocéphales n'est qu'à la cinquième préparation que j'ai vu un œuf dans le contenu du gros intestin. Le caride surtout est difficile à distinguer, et c'est pourquoi il est le plus important de savoir reconnaître. Parmi le ténia et du trichocéphale, on les reconnaît facilement.

La méthode que j'ai employé est basé sur la densité relative considérable des entozoaires même les plus petits; non seulement chez l'homme, mais aussi chez les animaux, surtout les carnivores et les omnivores, des mammifères.

La partie de l'intestin dans laquelle la recherche est toujours fructueuse, c'est le cæcum, en général, où je commence l'examen.

Après avoir été au préalable complètement détaché de la muqueuse mésentérique, l'iléon est coupé à 5-6 centimètres au-dessus de la valvule, et le gros intestin à peu près au milieu du côlon transverse ou, au plus, vers le haut; on obtient ainsi un fragment de 40-50 centimètres. Le bout supérieur (iléon), est adapté à un bouchon d'eau sous pression; la partie inférieure est disposée de manière à déboucher dans une terrine qui peut tenir une dizaine de litres. On ouvre alors le bouchon en pinçant et ouvrant alternativement le bout de l'intestin, on détermine un lavage complet, une fois. Au bout d'un instant, le fragment d'intestin propre, peut être ouvert pour un examen. On pourra alors, quoique rarement, trouver quelques œufs accolés à la muqueuse, le plus souvent on n'en trouve aucun. C'est dans l'eau de lavage qu'ils se trouvent si que les oxyures, et l'on aura d'autant plus de chance d'y trouver que cette eau contiendra moins de matières étrangères.

Après avoir reposé 2 ou 3 minutes, on rejette la partie supé-

rieure de cette eau (le tiers environ), et on la ren l'eau pure vivement projetée dans la terrine; on puis nouvelle décantation. En opérant ainsi à 50 le liquide devient presque absolument clair, les ma sont éliminées; quant aux helminthes, ils tomb au fond du vase. Après un dernier moment de rep longé, on décante et on rejette la plus grande parti on reçoit le reste dans des vases en verre peu 15-20 centimètres de diamètre (cristallisoirs o dissection). Alors, on peut déjà distinguer les surtout en posant le vase sur un fond noir. On co a lieu, de décanter et de renouveler le liquide jus ne reste dans l'eau limpide que les entozoair recueille avec un crochet formé d'une épingle un morceau de moelle de sureau.

En opérant de la sorte, et laissant chaque fois le temps de déposer, on obtient les plus petits les oxyures mâles, les anguillules, etc.

Le reste de l'intestin grêle, coupé par fragmen tres environ, est traité de la même manière. C y aura lieu de chercher le ténia nana. Le conten num et de la première portion du jéjunum do examiné avec soin, car c'est là qu'on trouvera a des ascarides et qu'on pourra quelquefois trouver tomes. Ici la séparation des helminthes est plus résidus alimentaires ayant aussi une densité éle dant, les entozoaires sont toujours au fond du examinant le dépôt par petites portions, on p trouver quelquefois de jeunes entozoaires (asc chocéphales, etc.). Les portions d'intestin lavées incisées longitudinalement et examinées pour : les ankylostomes et les échinorhynques fixés à le Quant à la dernière portion du gros intestin (côl et rectum), comme elle est en général pleine fécales qui rendent l'examen aussi difficile que et que l'on n'y peut trouver que des trichocépl oxyures que le cæcum contient bien plus sûremer

se dispenser de l'examiner. La recherche dans l'intestin est presque toujours sans ré-

u quatre terrines et un nombre suffisant de re, cette recherche est assez rapide. Pendant ose, on décante les autres. En moins d'une stin peut être complètement examiné, conte- n.

L'HELMINTHIASE DANS LES HÔPITAUX DE LYON.

es personnelles, poursuivies avec des inter- puis 1887, comprennent trois séries.

voulant seulement constater quelle était la trichocéphale, je me contentais de l'examen d'une portion du côlon, siège habituel de cet

faites dans ces conditions à l'hôpital Saint-onné les résultats suivants :

	Hommes.		Femmes.		Ensemble.	
.	7	70 %	12	80 %	19	76 %
..	1	10	1	6,66	2	8
..	2	20	2	13,33	4	16
	<hr/> 10		<hr/> 15		<hr/> 25	
ré :	Helminthiase.....		84 %			
	Pas d'helminthes ..		16			

qu'il soit, ce chiffre est évidemment un mini-our diverses raisons :

nt mes recherches au cæcum, je ne pouvais scarides, ni les ténias dont l'habitat est beau- ;

inthes, les oxyures en particulier, peuvent or à l'examen.

quoique rarement, mais j'ai eu l'occasion de e l'on trouve des trichocéphales dans le jéju- et point dans le cæcum. Le cæcum est pour

en état de maturité
est pas encore des
it en totalité dan

amen de l'intesti
1889 à mai 1891

Femmes.	Ensembl
58,62 %.	59
3,45	9
10,34	8
3,45	1
"	1
"	1
24,13	21
	<hr/>
	100
%.	

he plus complète
chiffre d'helmin
saint-Pothin.

de croyance popu
il est parfaitemen
es ont plus d'ento
. l'examen comple
adies diverses à l

figurer dans le ta
de 20 jours, che
n entozoaire, bie
, même au momen
'aordinaire.

S ANIMAUX DE L'ESPÈCE HUMAIN

	Garçons.		Filles.	
...	2	22 %	5	35,71 %
es.	1	11	1	7,14
des.	»	»	2	14,28
...	1	11	»	»
pres	1	11	1	7,14
...	4	44	5	35,71
	<hr/>		<hr/>	
	9		14	

Helminthiase..... 60,85 %

Pas d'helminthes.. 39,12

helminthiase se trouve donc plu
ins les deux autres. On en tro

ierches portant sur 150 autopsi
148 si l'on déduit les deux enfa
comme résultat :

hiase.....	114	77,02 %
dminthes.....	34	22,97

77,02 est au-dessous de la vérité
quelquefois des entozoaires, l
it pas échappé.

plus près ces résultats.

n'avoir aucune influence. En
ix premières séries (Saint-Pothi
en effet :

	Hommes.		Fem	
....	65	80,24 %	35	79
es ..	16	19,75	9	20

es influences sont à examiner : l
maladie qui a déterminé la mor
le régime alimentaire, etc.

, comme on l'admet, l'impuret
ause de l'helminthiase, il doit :

à ce point de vue entre les ha
nsomment souvent des eaux
i emploient surtout des eaux fl

Pour cette recherche, je ne puis utiliser la série (Hôtel-Dieu). Pour la première, je n'ai aucune indication de domicile, et, quant aux enfants de la Charité, comme ils n'y sont reçus gratuitement que s'ils sont domiciliés à Lyon, les parents ont souvent donné une adresse inexacte pour qu'on puisse leur faire des renseignements administratifs. L'Hôtel-Dieu reçoit des malades non seulement de Lyon, mais de toute la France, et n'ont aucun intérêt à donner de fausses adresses. On peut donc les considérer comme relativement exacts.

	Habitant Lyon.	Étranger à Lyon.
Helminthiase...	48 73,84 %	26 89,65 %
Pas d'helminthiase	17 26,15	3 10,34
	<hr/> 65	<hr/> 29

L'influence du domicile semble réelle, bien qu'on ne l'aurait supposée. Comme la maladie est constituée surtout par le trichocéphale, il est clair que cet helminthe ne vient pas par l'eau des eaux de la ville (1) et celles du dehors presque également?

Il serait intéressant de suivre la répartition par arrondissement. Malheureusement sur ce point mes documents sont incomplets. L'Hôtel-Dieu ne reçoit qu'exceptionnellement les malades du 4^e arrondissement (Croix-Rousse) et ceux du 5^e (Vaise). Voici cependant les résultats que donne cette recherche :

	Helminthiase.	Pas d'helminthiase.
6 du 1 ^{er} arrondissement	5 83,33 %	1 16,66 %
10 du 2 ^e —	5 50	5 50
25 du 3 ^e —	19 76	6 24
1 du 4 ^e —	1 »	» »
2 du 5 ^e —	2 »	» »
21 du 6 ^e —	16 76,19	5 23,81
<hr/> 65	<hr/> 48	<hr/> 17

(1) A propos de cette question de l'eau, je puis citer un fait intéressant. Un homme est mort dans mon service après un jeûne de 45 jours pendant lesquels il n'avait pris que de l'eau. Son intestin ne contenait aucun entozoaire.

Fig 1

Gr $\frac{580}{7}$

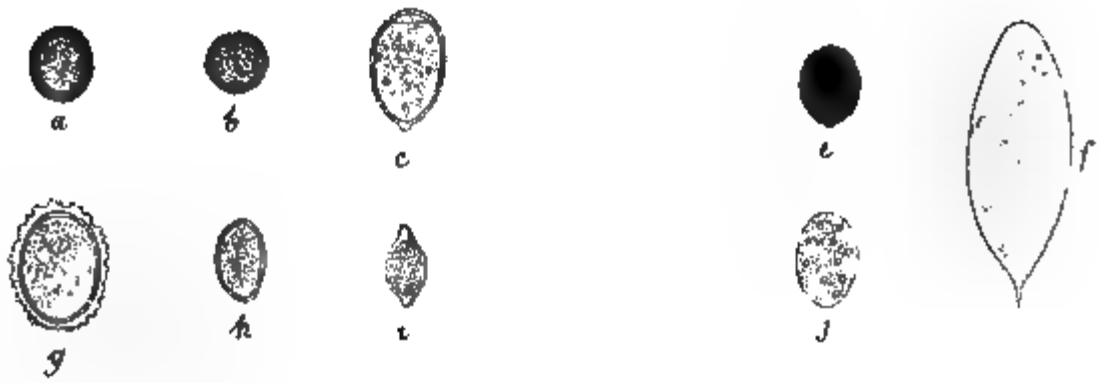


Fig 2 $\frac{1}{7}$



Fig 3 $\frac{1}{7}$



Fig 4 $\frac{1}{7}$



Fig 5 $\frac{1}{7}$



Fig 6 $\frac{1}{7}$



Fig 7 $\frac{1}{7}$



Fig 8 $\frac{1}{7}$



Fig 9 $\frac{80}{7}$



um vers 63 ans et remonte de nouveau.
is elle retombe à 50 %.

s ces minima vers 50 et 60 ans? A l'inter-
tre influence : la maladie.

omme le trichocéphale est de beaucoup le
nos entozoaires, j'ai cru devoir reporter au
l'occuperai de cet helminthe en particulier
elminthiase dans les affections des divers
rai seulement remarquer que c'est vers
on observe surtout les cancers de l'estomac,
néphrites, etc., maladies dans lesquelles
t réduite souvent à un régime lacté plus ou
u moins, les malades mangent peu.

ons du tube digestif, l'elminthiase tombe
à 73 % dans les maladies rénales.

n recherchant la répartition de l'helmin-
s saisons, voici ce que j'obtiens :

es.	Hiver	60	%.
	Printemps	81,66	
	Été.....	82,85	
	Automne.....	87,50	

er encore plus :

.	50	%.	Juillet.....	82	%.
.	64,71		Août.....	82	
.	63,63		Septembre....	82	
.	77		Octobre	100	
.	90		Novembre....	81,25	
.	100		Décembre.....	90	

en hiver tient-il à ce que les embryons se
icilement dans l'eau quand la température
n à la rareté des légumes (salades) et des
question que je me contente de poser.

MÉM

COAIRE

estio
ne se
que et
ntile c
les ho
x que
ouvre
zool
nel ils
ur ce
des p
er sur
ninth
trême
ur ce
public
xemp
in, é
nser
nias,

il va

ives,
s, botl

siti de
s; a t
NIEZ :)
parasit
re artic
.
lé de z
s ento

hes } *Némato.*
 } *Acantho*

I. — *Ty*

sont pour
 inairement
 e de ventou
 lui des tér
 che, un ph
 mais pas
 la Bilharzi
 ie humain
 cas de m
 ; les vrais
 istomes (de
 s moins de
 , sauf deu
 dans l'ext
 nous en
 r des mal
 ne serait
 lques-uns
 on. Récent
 turie d'Ég
 bia.
 stomes par
 hepaticum
 espèces se
 , elles son
 le mouton
 n'en prése

verait-on aille

même que la santé de l'animal est parfaite (1). Dans certaines années pluvieuses ces parasites se multiplient; on peut trouver 400 à 600 chez le même animal; alors ils déterminent une maladie particulière : la *cachexie aqueuse*, pour laquelle on a vu quelquefois périr les moutons par milliers. « 1878-79, cette maladie a détruit presque en entier les troupeaux dans une grande partie des départements du Rhône, de l'Ain et de l'Isère (2). »

Chez l'homme, la présence de ces entozoaires a été souvent constatée (17 fois la *d. hépatique*, 3 fois la *d. céolée*); il est possible qu'ils passent souvent inaperçus, ainsi que cela arrive pour les animaux chez lesquels leur présence ne détermine souvent aucun trouble. Ainsi, P. Cito a souvent trouvé des œufs de douves dans les selles des ouvriers du Saint-Gothard, alors qu'il cherchait des œufs d'*ankylostome*; suivant certains auteurs, les douves sont très fréquentes chez l'homme en Dalmatie.

La *douve hépatique* a la forme d'une feuille de laurier (voir fig. 4); elle est longue de 2 à 3 centimètres, large de 1 centimètre environ. On la trouve enroulée en forme de cornet dans les conduits biliaires, ou bien libre dans la vésicule. Quelquefois aussi elle est éliminée vivante par le tube digestif. Dans le cas de Prunac (3) en particulier, la malade vomit à plusieurs reprises et en rendit à deux reprises les selles une trentaine à la fois. Mais ordinairement elle se développe dans les canaux biliaires; les œufs sont entraînés par la bile et rejetés avec les matières fécales.

C'est dans l'eau que ces œufs se développent; il y a d'abord un embryon cilié qui se fixe dans les organes d'un mollusque d'eau douce (*lymnea truncatula*); là, il subit des transformations multiples (sporocystes, rédies) pour aboutir à la naissance à un nombre plus ou moins grand d'êtres nouveaux : les cercaires, qui sont des larves de douve

(1) SAINT-CYR. — *Lyon Médical*, xxxi, 435.

(2) SAINT-CYR. — *Lyon Médical*, xxxi, 437.

(3) PRUNAC — Douve ou distome hépatique, *Lyon Médical*, xx

SITES ANIMAUX DE L'ESPÈCE

un certain temps de liberté, et
régées (prairies humides, etc.)
l'animal donne une nouvelle
sible que l'infection puisse se
arcaires et par les mollusque

ncoelatum, douve lancéolée,
de 2 millimètres (voir fig. 5)
de la précédente, n'ayant pas
est plus facilement éliminé
comme celui de la douve hép
édiaire est un autre mollusq

possible de donner une syn
és par ces douves; souvent ils
trouvé qu'à l'amphithéâtre,
D'autres fois, ils sont très gr
es hématémèses et des mela
cère de l'estomac. Le seul mo
microscopique des matièr
econnaîtra les œufs caractéris
r que j'ai examiné le foie et le
soixante autopsies, et que je

ense ou *D. spathulatum*, le
r 4 millimètres. Découvert en
10 fois chez l'homme et touj
Calcutta par Mac Connel, 8 f
rice. Il paraît déterminer des
m. Trouvé en 1883 par Baek
on. Il serait très fréquent et
lités où la population en es
20 %.

um, longueur 9 millimètres, le
chez l'homme; Mac Connel
de 500 autopsies à l'hôpital

D. Rathousi. Décrit en 1887 par Poirier, il ressemble à la douve hépatique.

D. Buski ou *D. crassum*, longueur 4-7 mm, largeur 1,7 à 2 millimètres. On n'en connaît pas chez des Chinois ou des individus ayant

D. heterophyes, longueur 1 millimètre, largeur 0 mill. 7. Trouvé seulement 2 fois par Bilh 1851. L'intestin grêle en contenait de grand

D. Ringeri, longueur 8-10 millimètres, largeur 2-3 millimètres. Ce parasite, découvert en 1883 dans l'homme, occasionne parfois des hémoptyses on ne l'a encore rencontré qu'à l'île de Formose très commun (15 % de la population), au Japon

D. oculi humani. Un seul cas connu. Un nombre de 4, logés entre le cristallin et la rétine imparfaitement développés; il n'a pas été déterminé s'il s'agissait d'une espèce nouvelle.

Amphistoma hominis, longueur 5-8 mm, largeur 3-4 millimètres, trouvé seulement 2 fois dans l'intestin. Parasite spécial à l'Hindoustan.

Le *Tetrastomum renale*, 12 millimètres, trouvé dans le rein et l'*hexathyridium pinguiicola*, trouvé dans le voisinage de l'ovaire, sont des parasites de doute contestable.

Hexathyridium venarum, longueur 6-8 mm, largeur 2 fois dans le sang veineux et 2 fois dans le sang artériel affectés d'hémoptysies (Cobbold). Bien qu'il s'agissait de douves lancéolées, ou plutôt de jeunes douves hépatiques.

Distomum hematobium ou *Bilharzia*, longueur 11 à 14 millimètres, largeur 1 millimètre, extrêmement mince, filiforme, longueur 15 mm

Dans cette espèce de trématode, les sexes sont séparés on peut dire que la séparation se réduit au mâle, qui est aplati, s'enroule de manière à entourer la femelle dans laquelle la femelle est emprisonnée

La Bilharzie est un parasite dangereux, et

LES ANIMAUX DE L'

ats mortels ; son siè
surtout dans les pl
es œufs qui sont po
ux sont entraînés c
as qui en amènent
'une pointe aiguë (c
uent des ulcératio
es hémorrhagies r
nie consécutive. E
lminthe 117 fois su
n ne l'a jusqu'à pr
habitat comprend
de Bonne-Espérat
t à l'île Maurice (1)
elli (2) ont récemm
és en Sicile une esp
l'homme. Il ne sera
es revenant des bor
rze en Sicile, et qu
e sud de l'Europe.

II. — *Cesto*

ait, les cestodes so
riable d'anneaux, 1
chinocoque, mais
asieurs milliers. C
ples rides à la surfa
plus distincts ; ar
ont gorgés d'œufs
nmune, soit isolér
formés d'un nomb
a solium, bothrioc

se du 22 juillet 1891, M
ales une observation d
t eu de nombreux cas
ait bien, la trouverait-c
VELLI. *La Bilharzia in*

MÉMOIRES.

longueur varie de 3 millim. (ténia e
res et plus (bothriocéphale).

at larvaire, l'helminthe est souvent con
renfermant un scolex invaginé (cyst
rme, il vit presque toujours non seule
différent, mais dans une espèce diffé
l'héberger à l'état adulte. Ainsi le té
vit à l'état larvaire chez la souris (cyst
e cystic. pisiformis du lièvre devient l
n, le cystic. bovis se transforme che
saginata. Il y a cependant des excepti
cellulosæ du porc vit chez cet animal à
at parfait. L'homme peut aussi présen
ses deux états de développement.

te, organe de fixation, présente ou des
es à la fois (*T. solium*), ou seulement
nata), ou encore des bothridies, c'est-à-
allongées (bothriocéphale).

x solium. — J'ai toujours examiné avec
été expulsés dans mon service; fréqu
is ces dernières années, mes collègues
leur service. C'est ainsi que malg
j'en ai pu examiner au minimum 50
mais vu un seul ténia solium.

l seulement rare ? Il y a des pays où
n ténia solium pour 50 ténias saginata
existe-t-il réellement pas dans notre
puisque parmi les rares cas de ladrerie
e, deux ont été observés à l'Hôtel-Dieu (l
(3); seulement comme partout d'aille
tre. Son état larvaire (*cysticercus cellu*

uis le jour où ce travail a été communiqué
médicales (22 juillet), j'ai pu examiner 9 ténias
une fois 3, une fois 2, quatre fois 1 seul). Toi
ata.

r. méd. de Lyon, 1863, p. 544.

n Médical, xxv, 474.

NIMAUX 1

né est a

té de lac

Il est doi

es rejete

lata ou

lement

stiques d

tionné c

1868, e

1^{er} juille

dant il y

est moins

sceptible

uteurs :

à expul

la muq

ence des

un ténia

u, porter

itter un

on telle q

as pouvo

,

ante moi

expulser

traitem

s, tisseu

et la dys

lande cr

présence

ient quel

carquer u

orts douar

ix italiens

itent très

nata.

1876, p. 66

ss.

Vé

d'

90,

du

ma

agri

me

l'

aire

189

ecu

ethe

is c

ourq

igti

rait

*, c

er e

exp

mâl

sur

. de

idr

alos

enti

iro

ête

ne

n n

ia i

ant

soi

vés

le

omj

a été entraînée avec les matières fécales et perd facilement à cause de sa coloration rougeâtre. Aux premiers ans, j'ai vu trois malades pour lesquels j'ai eu l'avoir encore leur ténia parce qu'ils n'avaient pas eu le complet; chez l'un l'expulsion du ver fut complète; chez les deux autres d'un an environ. (Cependant) si l'examen fut négatif, ils étaient parfaitement guéris. Il est toujours important de pouvoir, même avec un microscope, reconnaître qu'un ou quelques anneaux se trouvent, reconnaître à quelle espèce on a affaire. Si il s'agira d'un ténia saginata, d'un ténia bothriocéphale, on devra être plus ou moins sûr du résultat du traitement. Pour les deux autres, grandes probabilités d'obtenir une guérison par l'expulsion du ver en totalité. Pour le ténia bothriocéphale, il devra être prévenu que le ver pourrait être expulsé complètement sera peut-être à recommander. Le diagnostic est toujours facile.

Le malade raconte fréquemment qu'il sent un chatouillement même en dehors de la défécation; il sent un chatouillement à l'anus, il sent un froid spéciale, et il trouve un cucurbitacée. Cela seul suffit presque pour qu'on puisse diagnostiquer d'un ténia saginata.

Si on trouve un anneau isolé on a une chaîne complète. On devra s'assurer d'abord de la situation de l'anneau.

Dans les ténias, il est toujours latéral. On trouve au bord de l'anneau une saillie arrondie creusée en forme de cupule. Dans les bothriocéphales le pore génital et les organes génitaux présentent sur l'anneau l'aspect d'une espèce de rosette (fig. 2). La distinction du bothriocéphale et des ténias sera donc facile. La distinction des deux espèces de ténias ne l'est pas. Dans le ténia solium, il y a alternance régulière de segments mâles et femelles; dans le ténia saginata on trouve deux segments mâles et deux segments femelles du même côté, puis un ou plusieurs segments mâles et deux segments femelles.

ptio
ur.
. la
ansp
tenc
brai
a)
che
2, t
nt a
nt
5. l
gul
. l,
unc

t d
ins
in p
un
tre
enl
et
s ou
affle

ii bi
ren
ren
ttein
chet
quel
ceti
re,
,)
: 2
tén

NIMAUX DE L

é vainement
nombre insu
is donc rien

chez ces animaux. D'ailleurs avec
mentaire on peut se garantir de l
on a des chiens qui ont ce ténia.
c'est-à-dire les hydatides, elles r
l'homme. En moins d'un an il y en
moins quatre cas à l'Hôtel-Dieu,
plus (une fois kyste hydatique de
hydatique du foie).

T. cucumerina, *T. canina* : lon
3 mètres (Davaine), plus grande l
boïdale à quatre ventouses, surme
fois non saillant, mais qui en p
quatre rangs de crochets. Segm
plus loin, ayant l'aspect de semen
nital de chaque côté de chacun de
contre normalement chez le chien

Trouvé 19 fois chez l'homme, te
quelques mois à trois ans. Une
adulte en France (Blanchard).

T. nana : long. 15 à 20 mill., le
sphérique 0^{mm},3, quatre ventous
commun en Sicile, peu rare en L
enfant venant de Marseille (Gra
50 chez le même individu, que
5,000. Symptômes variables, qu
coliques, diarrhée; mais surtout
épileptiformes; parfois signes de

T. madagascariensis : long. 14
nue; deux cas observés à Mayott
avait eu de graves accidents nerv

T. flavo punctata : long. 20 à
de crochets; cou filiforme, 1/10^e
4 mill. de long.; largeur maxima
cas en Amérique.

ARM

obs

rmi

—

tal

qui

. av

.eva

un

jan

gne

lon

t pa

voir

iqu

llen

emp

ne

exp

os q

és c

.e la

it e

ent

ays

viva

poi

il a

ia e

nq c

nièr

relq

stat

o b

sa p

t ét

ouve

SITES ANIMAUX DE L'ESPÈCE HU

nements qui me furent donnés
e n'avait jamais quitté Lyon
ue son alimentation ne présent

thriocéphale est actuellement :

est un des plus intéressants pour
les variations que subit depuis sa
distribution. Autrefois limité à quel-
t quelques régions du voisinage
ient beaucoup répandu, et on
boulbène à Paris (2), Mégnin à
t-Malo, Fock à Utrecht, Bollin
Piémont, Grassi à Milan. En
un de ses pays d'origine une
fois, dit Vogt, tout bon Genevoi
angers le prenaient tous après
moi-même bientôt après mon ar-
séjour de dix-huit mois aux p
ai huit à la fois. Or, aujourd'h
aucoup plus rare ; si j'en pouv
ntremise de mes collègues tant
t maintenant de la peine à m
gs intervalles le matériel pour
èrement défaut (3). »

beneden (4) cela s'explique par
humain est recueilli pour être
t lieu d'être comme autrefois re

. trouvé une troisième observation de
virer sur le développement du Dibe
amaïa quitté Belley sa patrie que poi
mais plusieurs années. Il avait deux bot
les hôpit., décembre 1882.

La provenance des entozoaires de l'ho

Commensaux et parasites. p. 200.

; dans le reste du corps, il n'y a aucune

3.
e Braun à Dorpat sur trois étudiants (ou-
naux), celles de Zschokke à Genève égale-
ments ont montré que le plérocercorde est
ariocéphale; dans tous les cas le ver s'est
à quatre semaines on trouvait des œufs
helminthe expulsé avait 1 m. 50 à 2 m.,
s expériences de Braun.

n'est pas un parasite bien redoutable, il
oubles intestinaux que des accidents ner-
vier, puis Runeberg l'ont considéré comme
anémie pernicieuse. J'ai recherché avec
maladie décédés à l'Hôtel-Dieu, trois (1)
autopsies, dans les trois je n'ai trouvé que

cordatus: longueur maxima 1 m. 15, tête
e, de 2 millim., bothridies très profondes,
anneaux 7-8 millim.; un seul cas chez
nnaise. Fréquent chez le chien en Groen-

x cas observés en France chez l'homme;
m., tête ovale, lancéolée, long. de 3 mil.,
aisseur 0 millim. 6, plus grande largeur
im.

servé une fois seulement chez un Chinois,
dans le péritoine et la plèvre; longueur
3 millim.

. — *Némathelminthes*.

thes sont des vers cylindriques, de lon-
le (trichine, 1^{mm},5; ascaride, 0^m,30-40).
les sexes sont séparés et le tube digestif

services de MM. Bouveret et Clément, un dans mon
prolongé à la clinique de M. Lépine.

Mes recherches sont encore trop incomplètes en ce qui concerne quelques unes des familles des nématodes (filaires, anguillules, etc.), et les gordiens aussi, pour que j'en puisse donner les résultats. Ce sera avec les protozoaires et les épizoïques l'objet d'un travail ultérieur.

NÉMATODES. — *Ascarides*. — *Ascaride lombricoïde*. Les ascarides sont les plus connus et peut-être aussi les plus redoutés de nos entozoaires. Les plus connus : leur traitement leur permet difficilement d'échapper à des recherches même superficielles dans les matières, outre qu'ils sont souvent rejetés par la bouche, non sans inspirer au malade une profonde répulsion. Les plus redoutés : les médecins, nos convanciers, y sont pour beaucoup; l'opinion populaire n'a rien d'autre chose que la leur, seulement elle est en retard. A quels signes reconnaissait-on la maladie vermineuse des anciens auteurs? Dilatation de la pupille, démangeaison du nez, pâleur du teint, irrégularité des digestions, odeur aigre, fade de l'haleine, salivation. C'est encore à ces caractères, l'odeur de l'haleine surtout, que les *bonnes femmes* de notre ville reconnaissent la présence des vers, et cette seule indication leur suffit pour multiplier les anthelminthiques. plus souvent l'enfant ainsi traité ne rejette que des mucosités, alors ce sont des *vers fondus*.

En réalité, il arrive quelquefois que des accidents convulsifs chez les enfants disparaissent par le rejet d'un ascaride. De là à supposer que tous les accidents convulsifs des enfants sont dus à des vers, il n'y a pas loin; c'est l'exception prise pour la règle, et on en conclut à la grande nocivité des vers. Réciproquement il arrive qu'un malade dans nos salles rend des ascarides et ne s'en trouve appr ni mieux ni plus mal; c'est à tort qu'on en conclut que les vers sont absolument inoffensifs. Il est très rare qu'ils causent des accidents, mais on ne doit pas oublier qu'ils peuvent par effet réflexe déterminer les phénomènes les plus singuliers. Chaque année, les journaux de médecine rapportent un certain nombre d'accidents convulsifs ou paralyt

ANIMAUX DE L'ESPÈCE HUMAINE.

nement par l'expulsion d'ascarides, il n'y a rien de nouveau. Personnellement, bien que de l'attention soit attirée sur ces faits, je n'en ai pas encore vu.

Une jeune fille d'une vingtaine d'années, présentant des caractères d'une hémichorée symptomatique ; un jour, sans cause connue, elle vomit un ascaride. Je lui fis prendre des anthelminthiques qui amenèrent l'expulsion de plusieurs ascarides. L'hémichorée disparut complètement.

D'autre part, j'ai actuellement dans mon service deux malades qui ont vomi des ascarides : 1° jeune fille présentant un engorgement ganglionnaire du cou ; sommeil suspect ; 2° vieillard affecté de pleuro-pneumonie. Est-il nécessaire de dire que l'expulsion de ces parasites n'a en rien modifié leur état ?

Il faut donc se garder aussi bien du scepticisme absolu que de la crédulité excessive. En présence de symptômes nouveaux anormaux on examinera les selles. Si l'on trouve des œufs d'ascarides, il ne peut y avoir que des avantages à expulser ces parasites ; mais il faudra s'attendre à n'obtenir ainsi que de rares guérisons.

Des auteurs, même récents (Moniez), font des ascarides les entozoaires qu'on trouve le plus souvent chez l'homme. Pour notre région au moins cette opinion est absolument inexacte, le premier rang appartient sans conteste au trichocéphale. Mes 100 autopsies de l'Hôtel-Dieu ne m'ont donné que neuf fois des ascarides (six fois un seul, deux fois quatre, une fois quatorze). Ce n'est donc pas un ver très commun et quand on en trouve, c'est presque toujours en petit nombre. On peut se demander dans quel rapport il se rencontre dans la population lyonnaise et parmi les malades de dehors :

I. Habitant Lyon	65	ascar.	2	pas d'ascar.	63	helminthiase	9
II. Étrang. à Lyon	29	—	5	—	24	—	17
III. Sans domicile	6	—	2	—	4	—	33

ANIMAUX DE L'ESPÈCE HU

l est vrai, qu'à l'Hôtel-
bonnes conditions pour c
es qui sont les *vers des*
t reçus qu'exceptionnelles
donc ce que donnent les
ies d'enfants de 1 an à 15
, deux fois 2, une fois 26
ette coïncidence curieuse
es ascarides pour les adu

l est impossible de conna
nements administratifs.

ciliés au dehors, ils ne peuvent être admis à
comme payants, les parents ont trop in
l'adresse d'une personne de connaissance dor
pour qu'on puisse s'en rapporter à leur c
outre, il arrive fréquemment que les enfants
domiciliés dans la ville sont élevés à la camp
viennent que lorsqu'ils sont malades.

Cependant, même de ces adresses doute
vons tirer quelques renseignements.

Sur les 23 enfants, 3 seulement sont indiq
miciliés à la campagne; sur les trois, deux on
66,66 %.

Sur les 20 désignés, à tort ou à raison, cor
ville, 2 ont des ascarides : 10 %.

Ainsi, les ascarides, très fréquents chez le
campagne, sont au moins peu communs c
ville. Je crois, du reste, que les enfants, com
les prennent à la campagne en buvant l'eau
des ruisseaux.

A l'étranger, la proportion des ascarides
suivant les régions : 9,1 % à Dresde, 12 à
Kiel, en Finlande, 100 %. Dans les pays chaud
il y en a en général plus que dans les pay
Finsen, cet entozoaire n'existe pas en Islan
fréquent en Suède (Huss). Presque toutes les

MÉMOIRES.

chez l'enfant qu
s absolument général, et dans cer-
ait n'avoir aucune influence.

ninthes peut varier beaucoup; rare-
ouve le plus souvent 6-8 dans
lefois aussi beaucoup plus, jusq
ne 1,000 (Cruvelhier). Voici pro
ervé :

'un vétérinaire 'de Roanne, écri
ost, a rendu 2,500 vers lombric
mois, sans avoir éprouvé d'aut
'un vomissement de sang. Ces v
ouche ou par le nez (1).

's dans les premières portions
5 c. ou 1 m. du pylore et dans to
inum, une seule fois j'en ai vu u
, une fois aussi un ascaride é

lles peut atteindre 0 m. 40 c., n
se pas 20-25 cent. sur cinq mill
e dépassent guère 10-15 cent.

peut pondre 50 à 60 millions d'œu
ement dans les selles des indivi
moment de la ponte, ne contienn
a qui explique l'absence d'infect
u ces helminthes remontent d
rent de l'embryon se fait dans l'e
sse un temps minimum de plusie
plusieurs mois dans les autres
ans l'œuf, l'embryon tombe en
cinq ans et plus attendant d'
son à un organisme dans lequel
puisse s'accomplir (homme, porc)
se développe rapidement. Les ex

ozoaires. I, 124.

ès probablement identique à l'A. lun

ssi et de Lutz ont montré qu'un mois après : embryons, on trouve déjà des œufs dans les éral, il ne paraît pas vivre au delà d'un an.

res sont le plus souvent expulsés par le rectum ; rejet par la bouche n'est pas rare. Ces vers urs être éliminés par les régions les plus ex-grand angle de l'œil, oreille, etc., on les a dans des abcès cutanés (1).

tax. — *A. marginata*. — L'*ascaris mystax* du vant la plupart des auteurs, l'*ascaris margi*-ne serait qu'une variété plus grande et à dila-ue moins développée, paraît être un parasite ame. On n'en connaît jusqu'ici que neuf cas re, 2 en Allemagne, 1 au Grœnland, 1 en Amé-ix en Danemark). Grassi pense même qu'on e la liste des parasites de l'homme. Après en lusieurs reprises, il n'a jamais pu les garder on intestin. Il en a vainement cherché les œufs le plus de 2,000 personnes.

été signalé en France. Cependant il faut re- doit être fréquent de trouver de jeunes asca-ides, puisque sur 50, j'en ai rencontré 8 dont s n'excédaient pas celles de l'*ascaris margi*-aractères distinctifs des deux espèces ne sont ranchés qu'ils ne puissent échapper à l'exa-l d'un médecin peu versé dans les sciences 'est donc pas impossible que l'on ait pris quel-marginata pour de jeunes *A. lombricoïdes*. La voir s'il existe chez l'homme, en France, me voir être réservée. Pour le chien et le chat, il ute, il est constant. L'examen de l'intestin de en a fourni plus de 50, et chez deux chats, j'en i près autant.

as y avoir lieu de s'occuper de l'*A. alata* qui

n'était vraisemblablement qu'un *A. mystima*, dont il n'a encore été observé qu'un nant du Groenland.

Oxyure vermiculaire. — Les oxyures pour qu'il soit utile d'en donner une description. Je me bornerai, en ce qui les concerne, plus particulièrement le médecin et l'hygiéniste.

Les oxyures sont cosmopolites : on les trouve dans tous les pays et sous toutes les latitudes. Fréquents en Finsén) et au Groenland (Olrik), ils ne le sont pas à Constantinople (Vital), en Égypte (Bilharz), en Algérie (Pruner). Ils sont très communs en Hollande (Leidy) et aussi à Java (Rufz) et chez les Indes (chenko). Les statistiques allemandes donnent les résultats suivants :

57,77 %	chez les aliénés à Erlangen
23,24	à Kiel sur 1,177 autopsies
2,1	à Dresde sur 1,939
12,13	à Erlangen sur 1,755
20	à Bâle.

Ils sont fréquents en Angleterre. Selon les statistiques qu'on peut facilement le constater.

Mes recherches personnelles me donnent les résultats suivants :

Sur 123 autopsies (2^e et 3^e séries) les oxyures ont été trouvés 15 fois, soit 12,20 %.

Les oxyures sont-ils, comme on l'admet généralement, des parasites qu'on ne trouve guère que chez les enfants ?

22 autopsies	6 mois à 10 ans.	Pas d'oxyur.	17	77
7	—	10 ans à 20 ans	—	7 100
11	—	20 ans à 30 ans	—	11 100
18	—	30 ans à 40 ans	—	12 92
16	—	40 ans à 50 ans	—	16 100
23	—	50 ans à 60 ans	—	21 91
12	—	60 ans à 70 ans	—	9 75
15	—	70 ans à 80 ans	—	11 73
4	—	au dessus de 80	—	4 100

DES ANIMAUX DE L'ESPÈCE HUMAIN

qu'on en peut conclure de ce n
d'autopsies, les oxyures, fréqu
de la vie, deviennent ensuite tr
e moment, on les retrouve de n
uellement au moins aussi fréqu
ez les enfants.

on est un peu inattendue. Que
res chez les gens âgés, c'est un
nter à tous les âges. Heller en
ans. Mais, qu'ils soient rares
s chez le vieillard que chez l'enfa
En effet, les vieillards paraisse
n de ceux que j'ai eu à examiner
que chez eux la sensibilité soi
qu'on ne trouve le plus souve
ès petit nombre d'oxyures, et
tin peut en contenir une telle q
fourrure (Vix).

été des oxyures chez l'adulte, to
ont sans doute avoir été consu
nt à être débarrassés de ces entoz
ne sont pas très fréquents et c
il dépend presque complèteme
non des oxyures, en généra
mps.

principal symptôme de l'helm
prurit de l'anus qui revient to
moment de se mettre au lit.

saison est causée par les oxyt
oser leurs œufs sur la muqueu
rectum et à la marge de l'au
au delà et tombent dans le lit
moment du prurit on fait pre
d'eau froide qu'il rend imméd
dans l'eau que des femelles tell
les ressemblent à des sacs. On
es détails anatomiques de l'er

phage à la base de la
 és les uns contre les a
 e du corps. Raspail é
 femelle d'oxyure; d'
 0.

moment où l'œuf es
 é de développement :
 iforme de Claparède
 -ci se développe très
 er) sa queue s'est é
 plus un têtard, c'est u
 veloppement est plus
 1. L'embryon vermil
 s assez vifs ; mais s'il
 nable, c'est-à-dire da
 tente et peut attendre
 matières fécales, il att
 abent en poussière; e
 ou déposé sur les l
 ainsi qu'il pourra re
 en effet, ne nous vien
 prolongé dans l'eau fa
 is ce mode de propag
 , en général les chose
 . On sait combien es
 res, le malade est ab
 ses ongles il ramass
 parfois même on pe
 les ongles (Heller,
 lui-même et pour son
 minthiase. Qu'il ne s
 s avant de manger et
 le pain. S'il donne
 er des œufs d'oxyu
 és dans son lit pourr
 nnes qui y auront t
 ut par les mains mal

gnent que les enfants prennent des oxyures. C'est par les mains mal lavées que les enfants des pensions se les communiquent. C'est encore la même raison qui explique leur plus grande fréquence dans les asiles d'aliénés, prisons, etc.

Enfin, il faut bien signaler, au moins à titre d'exception, ce cas cité par Cobbold (1), d'un homme que le prurit causé par les oxyures mettait dans un tel état de fureur qu'il les coupait avec les dents.

Voilà donc l'œuf embryonné arrivé à la bouche et ensuite dans l'estomac. Là, sous l'influence du suc gastrique, l'œuf se ramollit, une petite ouverture se forme sur sa face dorsale (2) et l'embryon devenu libre passe de l'estomac dans l'intestin grêle.

Arrivé dans l'intestin grêle, il croît rapidement; et dès que le mâle a une longueur de 3 millim., la femelle de 7, ils sont aptes à la reproduction. La fécondation a lieu généralement dans l'intestin grêle, mais aussi dans le cæcum. Bientôt après, les mâles sont éliminés, les femelles séjournent dans le cæcum un temps plus ou moins long pendant lequel les œufs se développent. Quand elles sont arrivées à n'être plus, ainsi que nous l'avons dit plus haut, que des sacs pleins d'œufs, elles quittent le cæcum et viennent pondre au voisinage de l'anus d'où elles sont entraînées par les matières fécales.

C'est dans le cæcum qu'on doit faire la recherche de ces entozoaires. Stricker, dès 1861, avait dit que c'était à tort qu'on en faisait des parasites du rectum. En cherchant, ainsi que je l'ai indiqué, dans les eaux de lavage du cæcum, on trouvera en abondance des femelles et des mâles presque en

(1) One aristocratic person, who was infected by myriads of these entozoa, confessed to me that in his extreme distress, and consequent rage he had freely bitten the live worms, in halves between his teeth. He had thus exposed himself to a terrible revenge, since multitudes of the ova entering his mouth subsequently found their way into the stomach and intestines. Cobbold, Entozoa, 230.

(2) L'œuf de l'oxyure est asymétrique, aplati d'un côté, ce qui permet de lui reconnaître une face ventrale et une face dorsale.

éviter, c'est l'auto-infection, car, ainsi qu'on l'a vu plus haut, ces vers semblent avoir une existence très courte, et contrairement à l'opinion de Vix, ils ne se multiplient que par des ingestions nouvelles. Cobbold recommande surtout de ne jamais se mettre à table sans s'être lavé les mains, et ne jamais manger au lit, ni même dans la chambre à coucher.

En résumé, l'infection accidentelle est rare et les accidents s'éteignent d'eux-mêmes; l'eau froide ou l'eau sucrée suffisent pour les faire disparaître. Le vrai danger, c'est l'auto-infection, grâce à laquelle la maladie peut persister longtemps, 15 ans (Cruvelhier, Marchand), toute la vie même (Hervieux, Oppolzer). Contre ce danger, le meilleur moyen prophylactique, c'est la propreté des mains et surtout l'emploi de la brosse à ongles.

STRONGYLIDES. — La famille des strongylides, dont le caractère principal consiste dans l'existence d'une bourse copulatrice chez le mâle, ne comprend que trois genres et même trois espèces intéressant la pathologie humaine : *eustrongylus*, *strongylus*, *ankylostoma*.

Eustrongylus gigas. — C'est à tort qu'on le désigne sous le nom de strongle géant. Les strongles ont deux spicules, les eustrongles n'en ont qu'un seul : le strongle géant n'a qu'un spicule, c'est donc un eustrongle.

Cet entozoaire se trouve dans les reins chez le chien, le loup, etc. Il est fort rare chez l'homme. Rayer l'a en vain cherché à Paris dans 3,000 reins d'homme et 500 reins de chien. La science n'en connaît encore que 7 ou 8 cas sur lesquels 2 seulement ont été observés en France : un dans la Loire-Inférieure (1846), l'autre récemment à Bordeaux (1888). Jamais dans notre région on ne l'a trouvé chez l'homme ; mais il semble qu'il ne soit pas très rare chez le chien (1), puisqu'en quelques années on l'a signalé trois fois alors que Perroncito, malgré ses recherches, ne l'a vu que deux fois.

(1) Mathis. *Lyon Médical*, XLVII, 499.

C'est un parasite redoutable, c'est dans les reins qu'il envahit. La présence dans les urines permettra de faire

On ne sait pas encore de quel animal sont envahis par ce parasite car l'embryon y périt rapidement par un hôte intermédiaire qui peut être on ne peut préciser lequel. On doit être voisin des salmonides.

Si, comme le supposent la plupart, *gylus longevaginatus* de l'homme, *radoxus* du porc on aurait trouvé chez l'homme. La première observation a été faite par le Dr. Chatin. Le parasite a été trouvé dans le poulmon d'un habitant d'O

Ankylostome duodénal (*Uncinaria duodenalis*). — Ce parasite a été trouvé dans son voisinage immédiat. J'ai trouvé chez les tuiliers, les terrassiers, les charbonniers ; mes recherches ont eu le même résultat. J'ai fait des autopsies d'adultes que j'ai faites ne pas trouver d'ankylostome bien que dans le non des anciens mineurs. Je n'ai aussi obtenu rien de l'examen des matières d'Argentières. Pour notre région, l'ankylostome paraît donc limité aux mines du département, particulièrement à celles de Saint-Étienne. Il serait très fréquent : « Nous avons trouvé chez presque tous les nombreux mineurs » eu l'occasion d'examiner les selles, nous constatons que l'ankylostome existe chez les mineurs atteints d'anémie, mais pas chez des houilleurs non anémiés (1).

(1) Trossat : *De l'ankylostome duodénal des mineurs*. Thèse de Lyon, 1885.

me se trouve dans le duodénum et les deux tiers du jéjunum, tantôt fixé à la muqueuse dont on a de la peine à le détacher, tantôt au milieu du chyme dans le sang de laquelle il est plongé, tantôt flottant dans une mucosité sanguinolente de l'intestin. Bien que je n'aie pas eu l'occasion d'obtenir ces parasites par le procédé de lavage que j'ai indiqué, il n'est pas douteux qu'on puisse les recueillir ainsi, au moins ceux qui ne sont pas fixés à la muqueuse, car ce procédé est très fréquemment chez le chien le *dochtercephalus*, espèce si voisine de celle de l'homme, qu'il n'y a guère que ce serait seulement une variété (2).

3-11 mill., il est un peu courbé en arc et se termine par la présence de la bourse copulatoire : la femelle a 10-18 millim., elle se termine en pointe. (Voir figure 6.)

La fécondation de l'œuf commence dans l'oviducte et c'est là que se développe l'embryon ne se compose que d'un corps, dans la vase ou dans la terre humide. Après deux jours environ les embryons sortent de leur coque. Une semaine leur suffit pour atteindre le terme de leur développement. Ils passent alors à l'état larvaire dans lequel ils restent des semaines et des mois. Ils résistent à la chaleur et le vent peut les emporter avec les poussières et les propager au loin. Le plus souvent ils reviennent avec les aliments, le pain surtout déposé dans une terre humide. R. Blanchard incrimine aussi la pipe et le tabac après avoir été déposée dans la boue.

Méthode de recherche de Dubini adoptée par Perroncito : on coupe à peu près l'intestin du mésentère, pas plus de la longueur d'un doigt, on le fend et on l'étale sur l'une ou l'autre des faces. On peut alors facilement examiner la muqueuse et il ne sera pas difficile de trouver enveloppées dans la muqueuse de petits vers cylindriques un peu courbés, transparents à l'avant, jaunâtres, rougeâtres ou bruns dans les parties postérieures, etc. (Perroncito : *I parassiti dell'uomo e degli animali*, 1882, p. 341.

Revue, mars 1882.

TES ANIMAUX DE L'ESPÈCE HUMAINE.

sur 4 de nos malades ont des trichocé
ment d'adultes la proportion s'élève be
il y en a dans presque tous les cas.

, du reste, un fait spécial à notre
Dublin, en trouve 81 fois sur 90 ou
ibault, à Naples, 80 fois sur 80.

agne, les statistiques donnent des r

.	50 fois sur 1,939 ou 2,5 °
a	195 — 1,755 11,11 °
.	185 — 611 30,6 °
.	» » 8,26 °

.l'autopsie de 135 aliénés a donné 59,25

du siècle Mèrat le trouvait à Par
es autopsies. Aujourd'hui, d'après D

trerait que dans la moitié des cas e
mun en Angleterre et en Irlande, m

l). A Greenwich, Cooper le trouve 11

utes les périodes de la vie, sauf chez
s. Je l'ai rencontré dès l'âge de 18

Heller de 11 mois à 89 ans.

quelquefois qu'un très petit nombre. Je

tes notes que malgré mes recherches

'un seul. En général, il y en a 5 ou

seulement j'en ai pu recueillir plus de

s élevés m'ont été donnés par des e

un enfant de 6 ans 1/2 ; plus de 60 c

s. Rudolphi en a trouvé plus de 1,000

ale siège habituellement dans le cæcu

, rarement dans toute la longueur c

intestin. Dans l'intestin grêle on ne trouve d'ordina
des vers incomplètement développés.

(1) Cobbold. *Loc. cit.*, 179.

MÉMOIRES.

une observation relative au siège de cet helminthe :
3 ans, cultivateur, emphysème pulmonaire, sym-
péricarde.

cum est lié immédiatement au-dessous de la val-
deuxième ligature est posée sur le côlon ascen-
cent, au-dessus de la première. Le lavage des di-
rties de l'intestin, ainsi isolées, est fait séparément.

um.	8	mâles	4	femelles	12
n ascendant . . .	7	—	14	—	21
n, Siliaque, rect.	3	—	2	—	5
stin grêle	0	—	1	—	incomp. dév.

ose remarquable est la résistance que peuvent pré-
helminthes aux diverses causes capables, semble-
es expulser, telles que les entérites, la fièvre, les
répétés, etc. Je trouve parmi mes observations
homme de 59 ans qui se présenta avec des symp-
dysenterie chronique. Il resta deux mois en traite-
à l'autopsie on trouva un cancer de la partie supé-
rectum. Malgré l'emploi prolongé de sous-nitrate
ch, de naphtol, d'ipéca, etc., on trouva plusieurs
nales dans le cæcum. D'ailleurs, parmi mes autopsies
48 de phtisie pulmonaire, et l'on sait combien la
est fréquente et tenace dans cette affection. Eh
gré les ulcérations, la diarrhée et les divers trai-
employés, les autopsies de phtisiques donnent des
nales dans 42 cas sur 48, ou 87,5 %.

ncore quelques observations intéressantes :

ans, tumeur cérébrale. Pendant un séjour de
et demi à l'hôpital le malade n'est jamais allé du
ntanément. Il a constamment pris des lavements
et à diverses reprises des purgatifs drastiques
ie allemande, aloès) : 3 trichocéphales.

ans, mort d'abcès consécutifs à la fièvre typhoïde ;
tion a duré plus de deux mois : 14 trichocéphales.
de 5 ans 1/2, coxalgie suppurée : 6 trichocéphales,

te de phtisie pulmonaire deux mois après
empoisonnement par le chlorure de zinc :

2, broncho-pneumonie double : 39 tricho-

2, rougeole : 10 trichocéphales.

ntérie : 3 trichocéphales.

ense qu'elle soit, ne paraît avoir aucune
ozoaires; ainsi la pneumonie et la bron-
chites essentiellement fébriles, donnent
la proportion de trichocéphales que l'em-
physe chronique (75 %).

Un tableau donnant la proportion des tri-
verses maladies :

		Trichoc.	Pas de tric.
ire, granule, tubercu-			
le.....	48	42	6
ncho-pneumonie.....	8	6	2
nchite chronique....	8	6	2
des organes respira-			
.....	2	1	1
	<hr/> 66	<hr/> 55	<hr/> 11
et des vais., athérome.	14	11	3
nac.....	5	2	3
du tube digestif....	5	3	2
	<hr/> 10	<hr/> 5	<hr/> 5
tives ou secondaires...	15	11	4
entres nerveux.....	11	9	2

	Helminthiase	Pas d'helm.
. respiratoires.	83,33 %	16,66 %
circulatoires..	78,57	21,43
digestif.....	50	50
s.....	73,33	26,66
res nerveux...	81,81	18,18

a une forme absolument caractéristique
aire dans les deux tiers ou les trois quarts

antérieurs, il se renfle brusquement de 1 millimètre environ. Cette légèrément incurvée chez la forme d'un fouet; elle est enroulée totale de l'entozoaire est de 5 à 6

Les œufs ont aussi une forme te à chacun de leurs pôles se trouve par certains auteurs à un goulot renflement que l'on trouve à l'extrémité où l'œuf est pondue, l'embryon loppé. Entraîné avec les matières dans l'eau ou la terre humide; fait, mais avec une extrême lenteur. Dans cet état, il peut résister à plusieurs jours (Heller), et quand on le ramène à l'organisme par la boisson, peut-être aussi avec le lait (Davaine) que l'embryon dans l'intestin grêle où il croît rapidement jusqu'à la maturité sexuelle est arrivée, les vers se trouvent dans le côlon ascendant où ils séjournent.

Avec Davaine, R. Blanchard, et d'un très grand nombre d'auteurs, je ne crois pas que ces vers soient introduits sous la muqueuse trichocéphales libres, quelquefois adhérents, mais surtout flottant au milieu du liquide intestinal, par lesquelles ils sont propagés. Il faut un lavage prolongé pour les enlever. Avec Kuchenmeister, je les crois adhérents à l'opinion de Heller, il reste avoir étudié ceux des animaux du tube intestinal comme ayant un céphale de l'homme à au contraire coloré et visible à l'œil nu même.

Le trichocéphale est certainement

ANIMAUX DE

l'immense

symptôme

que trois

é.

ptômes cé

de quatre a

igieuse de

ptômes de

, mais dai

des membr

es entozoai

dans une

ver qui se

qu'il n'y a

dant, il est

ité, ils peuv

es accidents

de Grassi

hales, trou

les. La mêm

le même ré

. crenatus

lui de l'ho

té sexuelle

inants.

et entozoa

de s'en pré

sement filtr

en des acci

rait employ

qui donne

z spiralis.

re à Lyon.

un très pet

sbourg. On

SITES ANIMAUX DE L'EPÈCE HUMAINE

omme une sorte de sable semé entre

au de viande contenant des kystes , les larves deviennent libres par le digestion de leur enveloppe, et en u .es organes génitaux se développent ctue. Au sixième ou septième jou ncent à sortir (la trichine est ovovi ursuit pendant cinq à six semaines nt la muqueuse intestinale, et ent robablement grâce à leurs mouvem es interstices des fibres des muscles ment dans les tissus adipeux. Ils s veloppe conjonctive, grandissent et t attendant que le kyste soit ingéré pa

diaphragme, les muscles intercost et du larynx qu'on doit surtout cl l'homme. Mais on peut aussi en tr s et quelquefois en quantité colossal llions et dans un autre cas à 100 chines chez un seul individu.

que l'immunité dont nos porcs ont lativement à la trichinose persiste l a viande tue sans doute les trichine t prolongée, et si l'on peut compter : agit du lard ou de morceaux mince as de même pour les morceaux vol abons. D'autant plus que le charcuti peu cuire, car ils perdent beaucoup cuisson prolongée.

IALES. — Les échinorhynques forme des acanthocéphales, ils ont des forme porc ressemble comme forme et dim mbricoïde, l'échinorhynchus angu forme d'une douve, l'E. acus de la n

MÉMOIR

oxyure mâle grossi
une trompe plus c
igées longitudinale
ient trouver un sp
ossible d'ouvrir l'i
que obturé en cel
rphus.

rhynques sont des p
perforent non seu
ussi les autres tun
grissent et perdent
rous minuscules de
aires.

rhynques sont rare
aussi qu'on ne les y
qu'il y a des espéc
oservation de Lamb
a jeune *E. gigas*, po
la du singe ; une t
ait un pentastome. l
e Grassi, a vu se d
e du surmulot. Ay
bout d'un mois leur
t : douleurs abdomi
e, lassitude, tintem
rpulsés par l'extra
èrent encore pendan
èvre.

yons d'échinorhynq
édiaire. Pour l'*E.* g
shneider), peut-être
olymorphus c'est l
rmis, c'est le blaps
tes peut contenir

shneider, il y a de
uns certaines parties

AN

r Pi
t de
, on
igio
etc.
d'éc

e au
ière
hes,
tou

spéc
ians
is a
ière
l'onl
am
inia
ocal
le d

ne
t pa
ale
son
sor
érie
is à
fréq
.rd ;
etit

MÉMOIRES.

L'eustrongle n'est pas très rare et
par conséquent, de supposer qu'
il se trouve chez l'homme.

L'ankylostome ne paraît pas exister à Lyon ni dans
les environs immédiats.

Le trichocéphale se trouve chez les trois quarts de
la population, mais il passe toujours inaperçu.

La trichinose n'a pas été signalée dans notre région.
Les échinorhynques n'ont jamais été cherchés jusqu'
ici.

COLONNE V

ARCS POSTÉRIE
R SIXIÈME CER
— AUTOPSE

P. CH. AUDRY

Montagne, maçon
salle Saint-Lou
sson, le 25 sept
le malade a reçu
itôt inanimé, et
i dans une grand
omateux. Cepen
onne sur son ac
ésente actuelle
re membres son
cependant l'int
es instants aup
uvements volont
vons en obtenir
les piqûres fai
face interne de
gme fonctionne
a vessie. La ver
on. La pupille d
st normale. Le
tion de la région
niveau aucune i
ptembre : la par

moi
te;
à a
nt c
bea

dien
gul
°,5.
ne
ass
ati
ne
eus
mb
rati
tro
stur
ou
co
nt
que
can
e c

rice
ané
à ti
diq
res
on
3'
au
erv
ieu
auc
scu
e p

t, les renseignements fournis par l'exploration sont maigres; on ne peut que constater la fracture de la 5^e cervicale qui est un peu moins nette; encore n'existe-t-il rien de probant. Après l'extirpation du périoste achevée, on voit en effet un trait de fracture perpendiculaire siégeant sur la face postérieure gauche de la 5^e cervicale avec la base de l'apophyse épineuse. Il n'y a aucun déplacement des fragments; la fracture était sous-périostée. La totalité de la vertèbre semble un peu attirée en avant. Avec la pince-gouge, en morcellant, on fait sauter l'apophyse épineuse de la 5^e cervicale, puis les deux lames de l'arc postérieur. La dure-mère est ainsi découverte. Elle est blanche, mince, et ne semble contenir aucun épanchement. Au toucher on sent alors que la moelle est violemment comprimée entre le bord supérieur de l'arc postérieur de la 6^e cervicale et un corps dur, situé en avant, dont on perçoit la saillie à travers le cordon médullaire et qui est très probablement un corps vertébral. Avec la pince-gouge, on enlève l'arc postérieur de la 6^e. Ceci fait, la compression paraît avoir disparu; on ne sent plus le cordon comme tendu sur une arête antérieure. La dure-mère n'a pas été ouverte.

On ferme la plaie par deux plans de sutures musculaires au catgut. Un drain est laissé adossé au cordon médullaire.

Suture continue de la peau. Je n'ai fait ni une ligature ni une torsion de vaisseau.

Le malade a très bien supporté une anesthésie au chloroforme qui a duré une heure.

Pansement au sublimé et à l'iodoforme. Application d'une minerve plâtrée. Cathétérisme.

Le malade est reporté dans sa gouttière, sur son lit; aucun des phénomènes qu'il présentait avant l'opération n'a présenté de modification.

Le soir, à six heures, temp. axil., 37°,6. Les accidents sont restés les mêmes. La respiration devient spumeuse et embarrassée. La déglutition ne se fait pas. Face vultueuse. Pouls imperceptible.

MÉMOIRES.

onze heures du soir, dans le lapsie, on ne put examiner. On trouve que le corps vertébral, le 6^e une mobilité et une sensibilité. Il existe une fracture oblique; celui-ci présente un certain angle. La fracture qui est transversale est en bas. L'angle antéro-inférieur est resté adhérent au fragment très petit de l'angle postérieur. Prenant presque uniquement le vertébral, est au contraire évident que le trait de fracture traverse obliquement le disque intervertébral.

Il y a une assez grande quantité de sang et la dure-mère, en avant et en arrière, caillots à six vertèbres au-dessus.

Après l'ouverture de la dure-mère, on a vu du sang et de toute hémorrhagie. Le sang apparaît en grande partie au niveau de l'arc de la 6^e cervicale. La dure-mère est convertie en une bouillie. Les cordons postérieurs est comprimés. Le cordon antérieur de la 6^e cervicale qui est comprimé par la moelle.

Le contenu du cerveau ne révéla rien de particulier aux méninges.

On a noté différents points dans la région de la nuque. La facilité que nous avons eu à constater le siège de la lésion, tenant sur les seuls phénomènes de vue pathologique, on voit que quand les antécédents n'ont pas été la nuque (il existait trois éraillures au niveau de la lésion), la fracture

nisme ordinaire de la flexion. On y trouvera une nouvelle preuve à l'appui de l'opinion de Daniel Mollière qui montra que, en pareil cas, l'écrasement des corps vertébraux précédait les ruptures de l'appareil épineux. Ici, celui-ci était presque intact.

Relativement au *manuel opératoire* nous avons peu de choses à dire. Nous avons suivi la technique indiquée par M. Ollier (*Traité des résections*, t. III, p. 840. Elle nous a paru la plus logique, la plus simple et ne nous a offert aucune difficulté sérieuse. Nous pensons qu'en une telle opération un bon détache-tendon et une pince-gouge donneront toute la sécurité désirable.

Reste la question de l'*indication chirurgicale*. Elle nous a été fournie d'abord par l'état du malade; celui-ci ne pouvait survivre plus de quelques heures et il n'avait rien à perdre. La nature des symptômes indiquait d'ailleurs la nécessité de faire son possible pour rétablir la continuité fonctionnelle de la moelle; d'autre part on a vu que l'ablation de l'arc de la 6^e cervicale supprima en effet la compression exercée par le déplacement. Malheureusement les lésions anatomiques de la moelle étaient trop profondes. Nous ignorons quel rôle ont joué dans la production des accidents et de la mort les caillots que nous avons retrouvés dans le canal médullaire, au-dessous de la fracture. Nous sommes d'autre part, très porté à attribuer leur présence à l'interruption brutale de la circulation veineuse intra-rachidienne; en effet, cet exsudat hémorrhagique n'existait pas au niveau de la fracture, mais ne commençait qu'à une ou deux vertèbres au-dessous. Si un pareil accident accompagne toutes les fractures de ce genre et s'il ressortit réellement à ce mécanisme, il contribuerait encore à assombrir leur pronostic.

Les interventions du même ordre que la nôtre, sont assez nombreuses. Si l'on se reporte aux 70 observations plus ou moins complètes réunies par Félizet et par Chipault (1), on

(1) Félizet : *Arch. gén. de méd.*, 1865. — Chipault : *Gaz. des hôp.*, 1890. Sur ces 70 observations, 10 au moins semblent dénuées de toute valeur.

voit que la région cervicale de la colonne quinze fois et presque constamment au niveau la 6^e. Walker sauva la vie à son malade, couvra en partie les fonctions de ses membres. Le malade de Potter guérit, mais il ne fit quelques mouvements des mains. Deux ans après, on fit une résection itérative des arcs fracturés, la moelle ne s'était pas réunie. Le malade fit une nouvelle opération, mais sans bénéfices.

Enfin, dans un cas, Décès (de Reims) enlevé de l'arc de la 6^e cervicale pour des phénomènes consécutifs à une fracture ancienne. La moelle améliorée.

Les autres opérés sont morts dans un délai (Willette perdit son malade sur la table à 10 mois (Morris : trépanation tardive).

De tels résultats ne peuvent pas être considérés comme brillants : cependant ils ne plaident en rien contre l'opération. Parmi les fractures de la colonne vertébrale qui siègent à la région cervicale sont de beaucoup les plus graves, et il n'y a rien de surprenant à ce qu'elles échappent encore au chirurgien que peu de satisfaction. Ollier (1) dit qu'on n'a pas grand'chose à attendre d'une opération de la colonne fracturée au-dessus de la 6^e vertèbre, c'est à dire pendant la continuité de la moelle. En pareil cas, les circonstances sont infiniment variables. Mais « il n'y a pas de raison anatomique ou physiologique pour que l'esquillotomie et la résection soient faites en des régions autres que celles prescrites dès qu'elles seront faites en temps opportun et nécessaire, et dans les cas qui les réclament. » (Ollier) ».

En tous cas, la question est loin d'être résolue, et quoiqu'il nous paraisse utile de faire connaître les faits qui s'y rapportent, les revers étant fréquents, autant que les succès.

(1) Ollier : *loc. cit*

DU BACILLUS

ET LE BACILLUS

ÉPILOGUE DE 1

laboratoire de r

par MM. Rod

ir M. ARLOIN.

as faire une
vide, mais
naissance de
ériologique
fièvre typho
is acception
avait été tra
résulter de
ntemesse et
erth était, c
des avec les
eau potable
eau accusée
avait recelé

E
laboratoire fu
Saône-et-Loi
ies sur 215.
gé, chef de

bacille d'Et
as complète

MÉMOIRES.

u bacille d'Eberth, soit dans les cultures sur milieux soit dans les préparations microscopiques.

C

acille, cultivé à plusieurs générations et sur différents et à diverses températures, présenta un polymorphisme macroscopique et microscopique remarquable qui le ressembler tantôt au bacille d'Eberth, tantôt au *Bacilli communis* d'Eschrich.

lement, ce sont les caractères de ce dernier qui paraissent importer. M. Rodet en conclut que l'eau de Cluny était souillée par le *Bacillus coli*, souillure qui ne détruisait en aucune origine fécale de la fièvre typhoïde généralement.

D

odet en était donc à se demander si la fièvre typhoïde n'est pas quelquefois pour cause l'ingestion du *bac. coli*, et il est encore deux occasions de trouver un bacille semblant plus au *coli* qu'à l'*Eberth* dans l'eau qui servait à l'alimentation de groupes parmi lesquels la fièvre typhoïde fait de grands ravages : 1° dans l'eau de la petite commune d'Arandans les Basses-Alpes, où M. Désir de Fortunet a observé une épidémie typhoïde ; 2° dans l'eau d'une fontaine à Verjon (Jura) où la fièvre typhoïde est endémique.

II

Abriel Roux, de son côté, trouva exclusivement le *bac. coli* dans l'eau d'un puits situé au centre d'une rue de la ville de Lyon dans laquelle on observa 9 cas de fièvre typhoïde parmi les personnes qui faisaient usage de l'eau de ce puits.

F

Rodet et G. Roux partagèrent alors les mêmes soupçons sur le sujet du rôle étiologique du *bac. coli*, et, portant des investigations du côté des malades, ils rencontrèrent dans plusieurs cas où la culture des selles de typhoïdés donna le *bac. coli* et exclusivement le *bac. coli*, et d'autres cas où le

I COMMUNIS ET
it dans la rate

G
faites par MM
science, notai
typhisantes.
é au lieu du b
atières fécales (
d'importance .

H
ositions de MM
portance, il fa.
d'Eberth :
orphologiques
ris pour l'autre
mmunauté d'
Roux se sont a

urs n'ont pas
ntiel capable
fique.
ir la pomme de
caractéristique
oli donnait des

et ont remarque
pas constante ; parfois, on ne sait
affaire. Après vieillissement en b
cultures minces sur pomme de terre
ont vu l'Eberth retiré de la rate dor

On sait, d'autre part, que quelq
par exemple, ont vu l'Eberth don
enfoncées, surtout quand le bacille
antérieurement.

Franckel et Simmunds, Büchner
l'épaisseur des colonies tient souve
tion de la pomme de terre.

b. On a dit que généralement le *coli* se colorait beaucoup mieux que l'Eberth; mais lorsque le *coli* a veilli, il ne se colore pas mieux.

c. On a dit aussi que le bacille d'Eberth seul décolorait la gélatine fuchsinée; mais il est aujourd'hui reconnu que le *bac. coli* se comporte de la même manière.

d. On a fait remarquer l'extrême mobilité de l'Eberth mais le *coli* est aussi agile quand on l'a entretenu en présence de l'acide phénique ou lorsqu'on l'a fait passer dans le sang d'un cobaye.

e. Quant à la forme des bacilles, à leurs dimensions, leur aspect, MM. Rodet et Roux ont remarqué qu'ils sont sujets à de nombreuses variations et à des variations du même ordre.

En général très uniformément court l'un et l'autre, soit à la sortie de la rate pour l'Eberth, soit à la sortie de l'intestin pour le *coli*, ils s'allongent tous les deux dans des cultures successives, prennent des formes anormales, des zones de condensation, etc., etc.

Par exemple, le *coli* devient *éberthiforme*, selon l'expression de M. G. Roux, quand il vieillit, quand il a été chauffé à 80° (1), quand il est cultivé à 44°-46°.

Ces modifications s'observent sur le *coli* de toute provenance (intestin de l'homme sain, intestin du typhique, fosse d'aisance).

Enfin, M. Roux a trouvé dans des taches rosées, sur un malade, un microorganisme dont les cultures avaient un aspect intermédiaire entre celui des cultures de l'Eberth et du *coli*.

(1) Le chauffage a été fait dans les conditions suivantes: quelques gouttes de culture en bouillon du *bacillus coli communis* ont été déposées dans de petits tubes en verre, dits tubes homœopathiques, et ceux étaient plongés dans une masse d'eau chauffée à la température de + 80 en même temps que des tubes semblables contenant la même quantité de culture du bacille d'Eberth. On observe que le bacille d'Eberth était tué plus vite que l'autre et l'on vit qu'au bout de 15 minutes le *bacillus coli* était modifié au point de perdre quelques-uns de ses caractères particuliers.

MÉMOIRES.

phiques, plus

incluant à la dif
certains bacilles
souvent dans

ssant le défaut
ille d'Eberth e
du bac. coli et
mbreuses du ba
atypiques doive
péciales à ce qu
prophytes.

que ces forme
e action nocive
e qui seul serai

K

vont plus loin
naître la fièvre

L

faites par M.
bac. coli pui
us pathogène p
estin de l'homme
d'Eberth pui

M

ériences, M. Va
our l'étiologie
s'entretient t
tation ; il pull
filtrée d'une fo
aractères des f
berth, tandis qu

COMMUNIS ET

is ce liquide.
ombien de t
et pathogène
ut donc dire
phoïsant se
dis qu'elle
aux avoisin
nées par le

N

coli, hôte ha
maux des tr
d'Eberth ; i
aissance, y ac
pandre plus
puits et les
es communs

breux et plus importants dans certa

Il est donc naturel de lui faire j
le plus fréquent dans la pathogén
car il est beaucoup plus répandu q

O

L'opinion avancée par mon lab
Murchison contre Budd, qui rega
des matières fécales comme indis
fièvre typhoïde, toute réserve faite r
de l'époque sur la nature du conta

Sans doute, la souillure des eau
peut causer la fièvre typhoïde.

Mais la maladie peut succéder à
le *bac. coli*, surtout lorsque celui-
virulence par son passage dans un

On peut expliquer ainsi la créatic
en dehors d'un malade, fait que la
relevé.

Il est possible d'expliquer l'app
phoïde en dehors de l'usage d'une

MÉMOIRES.

écables, par simple autotypisation du germe dans notre intestin. Il suffit que des conditions particulières paraissent se placer le surmenage, l'action dans la muqueuse intestinale accroître la virulence, pour que chez certains individus, en dehors du propre du mot.

pourquoi n'admettrions-nous pas ce que nous faisons pas de difficulté pour la pneumonie et certaines autres, d'ailleurs, que les idées ont reçu un commencement.

Macé, dans la dernière édition de son ouvrage, cite un malade atteint de dysenterie qui contenait le *bacillus coli*. La culture donnait des formes habituelles de faible gravité.

P

M. Vallet a fait une seconde remarque : le liquide filtré d'une fosse d'égout de 60 pour 1000, a été administré à des bêtes d'écurie. M. Vallet a vu que les bêtes ne mouraient pas de cette boisson malgré un usage continu. Plus tard, lorsqu'il a inoculé ces bêtes avec des cultures de bac. coli ou du bac. d'Eberth, il les a trouvées mortes.

On peut conclure logiquement que le commencement d'immunité est dû à certaines substances chimiques (voir les caractères organoleptiques) à 10 pour 1000 du liquide filtré. Il paraît que l'homme puisse ingérer.

LLUS COLI COMMUNIS ET BACILLE D'

tirerons deux conséquences :

.filtration s'accompagne d'une mig
's on peut boire une eau contami

filtration ne laisse passer que la
avant cette eau souillée on acqu
inité.

est-ce de cette manière que se cr
istate d'une manière si évidente c
viennent des grandes villes, où les
e l'eau par les matières fécales se
à la campagne.

RÉSECTION DU PYLORE

ET D'UNE PORTION DE LA GRANDE COURBURE

POUR CANCER DE L'ESTOMAC

PAR LE D^r MAURICE POLLOSSON

OBSERVATION. — D... François, 67 ans, journalier, domicilié à Lyon.

Au mois de juillet 1891, mon collègue, M. Bard, m'a présenté ce malade atteint d'un cancer de l'estomac, qui, vu la grosseur de la tumeur et l'absence de cachexie, lui paraissait justiciable d'une intervention chirurgicale.

Les premiers symptômes d'une affection stomacale remontent à deux ans ; ils s'étaient notablement aggravés au cours des huit mois. Ils consistaient surtout en vomissements alimentaires à peu près quotidiens suivant immédiatement les repas ou survenant quelques heures après. Jamais d'hémorragie. Il y a cinq mois le malade a commencé à sentir une tumeur mobile à l'épigastre. Actuellement, il rejette presque tout ce qu'il prend : il est depuis deux mois à la lactée.

On sent à l'épigastre une tumeur du volume d'un poing, dure, superficielle et comme immédiatement sous la paroi, pouvant être saisie et mobilisée. Cette tumeur s'étend parfois dans la région ombilicale et même jusqu'à la région hypogastrique. L'estomac paraît notablement dilaté.

Comme état général, le malade est amaigri, affaibli, mais il ne présente pas le teint cancéreux et semble résister. Souffrant beaucoup de troubles digestifs persistants, il accepte une opération qu'il sait dange-

DU P

— M

conce

e au

m fa

7 art

es me

D...

à l'e

ane

t l'on

r, qui

s, air

odéni

t se p

artie

abord

c su

. plac

e inf

. côté

e à d

oplas

maca

i sais

ent ; e

e à le

ction

npliq

s du

le la

r dar

resqu

ésent

dian

ie lai

ifico
l'es
mod
rni
e a
e pa
e à
ait
e se
e f
sé
rfac
rifi
l'i
i d
éta
rcu
cisi
et

a
fa
à
ut
es
s-n
é, s
té,
in
va,
tu s
sus
xa
fo
gr
atic
très

RÉSECTION DU PYLORE

À l'ouverture de l'abdominale, ni épanchement péritonéal fut trouvée en l'absence de toute agglutination. Toutefois, en arrière, la suture que le plan profond recouvrait au-dessous des plans superficiels, puisqu'il n'y avait pas d'écoulement péritonéal.

Elle fermait une quantité d'écoulement qu'il est difficile de dire

si sa forme modifiée était due à ce qui restait de la suture formant une poche. Cette disposition s'explique par la partie longitudinale de la grande courbure dans la cavité abdominale cancéreuse.

La mort nous paraît due à une hémorragie, mais non à une infection.

Le malade parvint à mourir de la suite de la gastrectomie pratiquée la veille, vingt-quatre heures, sans complication.

Le malade, quoique moins affaibli par l'opération, n'a pu résister à la douleur et de la durée qu'elle a causée.

CONCLUSION.

Il n'y a eu ni difficulté, ni accident au moment de la suture sur un point aura des conséquences fâcheuses si la survie eût été plus longue. Particulier, elle n'a joué aucun rôle comme

Avec plus d'habitude et d'expérience

gagnerait un peu de temps. Nous n'avions ni vu pratiquer l'ablation d'un cancer st nous n'étions pas sans expérience des suture sans une part à la durée de l'acte opératoire nous simplifierions la suture. Mais en défaut de résistance du sujet, qui depuis mentait d'une façon très défectueuse. Les nature gagneraient à être pratiquées à avancée de la maladie.

L'expérience a appris que la résection était une des opérations les plus graves, et des opérations. Elle est pourtant justifiée succès. Aussi ne saurait-on la rejeter à c revers ; il faut s'attacher à préciser les in

A notre avis ces indications se rencontrent mieux vaudrait ne jamais intervenir que nombre de cancers de l'estomac, sous le la seule chance de guérison qu'on offre a blement voué à la mort, s'il n'est pas o d'un tel principe conduirait à de déploral

Aussi, je tiens à faire remarquer que existait un ensemble de circonstances et de caractères de mobilité et de limitation du portés au plus haut degré. L'opération a de de cette limitation et de cette mobilité. l'absence de cachexie et du teint cancéreux, l'absence de généralisation ; l'aut qu'il n'existait ni engorgement ganglionnaire secondaire. J'estime que de longtemps je n'ai vu un ensemble de signes aussi encourageant

Ne nous jetons pas sur les cancers de l'estomac. Attendons les cas très rares, exceptions, nous n'obtiendrons que des succès. Les meilleures conditions d'état local au moment de l'intervention, plus elle donne de succès. Exerçons-nous sur le cadavre aux techniques opératoires et apprenons à coudre vite et bien.

DU

DES YEUX DANS LA LECTURE

PAR LE D^r V. BRAVAIS

travail absolument original et permet de présenter, mais plutôt des réflexions que les récentes expériences que M. Landolt a publiées dans les *Archives d'ophtalmologie* (1). Comme en clinique, tout détail non analysé avec précision, est comme un objet qui, tournant sous un angle différent ce qu'on ne voit jusque-là restés dans l'ombre, et qui, en apparence, peut quelquefois se révéler un fait encore inexpliqué.

L'impression que nous a laissée l'ouvrage de M. Landolt.

M. Landolt, l'esprit éminemment scientifique, a dirigé les recherches du laboratoire de l'École de Médecine de Paris, si familier avec tous les problèmes de l'ophtalmologie.

M. Landolt a fait pour l'accommodation, M. Landolt a étudié les conditions qui régissent la convergence, et formulé des préceptes ou lois d'une grande importance pour le diagnostic et le traitement des asthénopies d'accommodation et de convergence.

(1) Nouvelles recherches sur la physiologie des mouvements de l'œil, *Arch. d'opht.*, septembre-octobre 1891, p. 385-395.

MÉMOIRES.

, notamment déterminé la quantité de convergence que peut impunément mettre en action sans arriver à la fatigue, et fixé en même temps la proportion ou *quote* *disponible* de force musculaire qu'il est toujours nécessaire de garder en réserve (1).

Dans les recherches qui nous occupent aujourd'hui, il s'agit d'analyser le mouvement d'excursion que les yeux effectuent, si nous voulons compter une série d'objets de même dimension placés les uns à la suite des autres sur une même ligne, comme des points ou des traits juxtaposés, et tel est dans un livre les lettres d'une même ligne : le mouvement est celui de notre œil pendant la lecture.

Pour compter des points ainsi alignés, l'œil effectue une série de mouvements que l'on peut mesurer et désigner par l'angle angulaire de la ligne visuelle, et le but de Landolt a été de déterminer le *minimum* d'excursion que l'œil pouvait produire sans perdre la faculté de compter les points en question, c'est-à-dire en conservant la continuité de son mouvement.

En s'éloignant de plus en plus des points alignés, M. Landolt a trouvé que ces points ne pouvaient plus être comptés quand il arrivait à une distance où leur écartement angulaire correspondait à un angle visuel de *cinq minutes* (5').

Il n'est point ici l'acuité visuelle qui était en cause, car les points étaient encore visibles à une distance *cinq fois* plus grande, sous l'angle visuel d'une minute (1'), qui est le *minimum separabile*, admis en optique physiologique pour la mesure d'une bonne acuité, et pris comme base des principales échelles optométriques.

Le fait même de l'arrêt dans la possibilité de compter successivement les points donnait donc la mesure de la plus petite contraction musculaire que l'œil est en état d'effectuer avec précision.

Pour plus de détails, voyez de Wecker et Landolt, *Traité complet d'ophtalmologie*, t. III, fasc. 1^{er}, 1883, et notre Rapport sur le choix des lettres dans la myopie, *Bulletins de la Société franç. d'opht.*, 1890, 61.

DES YEUX DANS LA LECTURE
comme nous l'avons dit, la co

pas exécuter de déplacements
cartement de 5', de même
et voulant, par exemple,
petits traits, aurait de la peine
plus courts qu'un dem
néaire devant, du reste,

placement observé par M. L
même chez tous les sujets ;
conditions de l'expérience.
tête appuyée ; on compte
sai, quand arrive la fatigue
on approche de l'angle min

ue l'angle est plus petit si
vement habituel de l'œil d
ture ; l'angle reste plus grand, l'œil est en qu
moins habitué à mesurer de petites longueurs et
compter de droite à gauche.

Il y a donc dans la valeur de ce minimum d'ex
de saccade de l'œil, une question d'habitude. Si l
que cet angle de 5' correspond à la largeur
imprimées sur les échelles optométriques à leur
lisibilité pour une acuité normale ou moyenne,
s'empêcher de rapporter à l'acte même de la lec
tude que nos yeux ont prise de ne pas mesurer d
angulaires plus petites que celle qui sépare une
autre dans le texte le plus fin que nous permet n
visuelle.

Cet angle doit donc *rester plus grand* chez c
possèdent pas une bonne acuité visuelle ; et chac
ses occupations, ses habitudes, arrivant à donner
vements oculaires une certaine amplitude, doit,
lire, se créer une *allure*, comme le marcheur :
une certaine longueur du pas.

s.
acca
poi
M.
es,

del
im
du
ima
la c
; r
de
œil
t pi
t la
nen
t é
use
rtor
que
ilie
ent,
abit
ater
mo
té c
ence
e le
épo
rd'l
es s
tur
it p
léta

DES YEUX DANS LA LECTURE

seuses encore si l'on est au
us est pas familière. Dan
rcourt au contraire la ligne
qu'elle ne contient de mot
d'une série de noms prop
ar autant de saccades qu
e plaçant à 15 centimètres

« L'angle d'excursion é
ance de lecture augmentai
chiffres alignés, les angles
' . On se trouvait alors ass
sion et la fatigue arrivait
s, l'habitude doit apprendre
ment.

clusions de M. Landolt :
ces mouvements *par sacc*
et assez souvent, entrer
ie produite par la lecture,

ngle d'excursion ne peut p
pendance à se rapprocher d
t, qui n'a pas à compter a
urgence toujours très pu
ter beaucoup plus près de
5, et l'explication novell
n fait d'observation assez
3.

aintenant nous arrêter ur
se rattachant également
s yeux.

à la lecture avec ces mouv
une des occupations les pl

gnalées par Javal : converg
n permanente et prolongé
roduisant des images acci

nantes, variations énormes de l'accommodation, on peut certainement ajouter ces mouvements par saccades de l'œil, qui se répètent un si grand nombre de fois pendant la lecture (1).

L'asthénopie ayant pour cause cette action prolongée des muscles d'excursion de l'œil mériterait essentiellement l'épithète de *musculaire*, celle qui dépend de la fatigue des droits internes pouvant s'appeler *asthénopie de convergence*.

Nous avons le souvenir de malades, jeunes encore, ayant une acuité parfaite, l'accommodation et la convergence en bon état, et qui ne pouvaient s'appliquer à la lecture; leur rétine n'avait ni torpeur ni hyperesthésie; il nous était difficile de donner à leur état le nom d'asthénopie nerveuse: c'étaient des asthénopies *musculaires*, qui s'amélioraient ou disparaissaient par un traitement tonique général.

Il résulte encore de l'habitude, que chacun a prise, de mettre en jeu pour la lecture une certaine amplitude de mouvement des yeux, que, lorsqu'on vient à changer les conditions de travail, un myope par exemple peut se trouver gêné et ne pas bénéficier de l'augmentation d'acuité, non plus que du repos de convergence qu'on lui donne par un verre concave.

En tenant son livre plus éloigné, il est obligé de marcher par saccades plus courtes, il faut qu'il change son allure; et c'est, tout au moins pour le début, une gêne qu'il ne pourra surmonter que par l'exercice et une habitude nouvelle.

Pour peu que, chez lui, l'acuité ne soit pas très bonne, il y aura tout lieu de croire que la difficulté de faire des saccades plus petites sera plus grande encore, et, à la gêne que produira l'éloignement des lettres, à cause de l'acuité faible,

(1) Pour ce nombre, reportons-nous aux chiffres posés par Javal (*Ann. d'ocul.*, nov.-déc. 1879, p. 251), à propos des variations d'accommodation chez le myope: cent lignes lues par minute, 6000 variations par heure; en multipliant par 6 à 10 saccades par ligne, nous trouvons 36 à 60 mille saccades par heure.

MENT DES YEUX DAN

gue de ses muscles
pprochées de leur n
l que, dans la quest
e travail chez les my
ndolt, du *minimum*
la lecture, acquiert
able, s'ajoutant à
à l'acuité, cette fo
faut compter, per
même degré de myop
eut mener à des pré

myope, il s'agit d
verres cylindriques
ail, bien qu'avec e
se faire de plus le
changer l'amplitude
plus près, à sa dist
ns pas généraliser
cas la cause de la f
rs que cette cause
remarquer lui-mêm
ouvements de l'œil
rsion que l'œil est en
un déploiement de

de lecture sont, di
Si, chez l'enfant qu
es lettres, chez cel
ite, en reconnaissan
out avantage à s'éle
gle visuel, un plus g
t pour se servir aus
chez l'homme instru
r.

manière que les a
le *punctum remotu*

ent des lunettes, qui leur donnent une étendue, et leur permettent une lecture qui est surtout appréciable si l'acuité

ceux au contraire qui, par une mauvaise habitude de lire de près et, par suite, leurs yeux avec des saccades plus longues que des lunettes, même si elles augmentent, c'est généralement le cas dans l'astigmatisme, dis-je, ne soient pas d'emblée amenés de l'expliquer par le changement de la longueur des saccades oculaires qu'il faut produire, pour lire avec elles de plus en plus habituelle.

Il nous répéter que d'insister plus longtemps, nous n'avons pas eu l'intention de l'écrire ; M. Landolt, en terminant son article, se sur ces *intéressantes* questions.

Profitant du jour nouveau que ses recherches nous ont fait connaître, nous avons simplement voulu exposer quelques-unes des considérations qui « s'imposent naturellement à l'observateur », et que l'auteur nous a fait connaître.

Il nous résumer, sous forme de conclusion, que l'œil pendant la lecture marche *par saccades* et que ces mouvements ne peuvent pas être plus longs que l'environ *cinq minutes* (5').

Plus la lecture, plus la distance augmentant, l'excursion devient petit.

Quand on demande à l'œil des mouvements de ce minimum d'excursion, la fatigue apparaît. Ce nouvel élément de fatigue permet d'expliquer les *asthénopies*, qui méritent alors une classification de *musculaires*.

Dans les différents cas d'asthénopie, à côté de la convergence et de l'acuité il faut

UX

e, c
tig
ue.
cei
t u

as
d'él
se
per
e d

—

.

TRAITE:
DE
CERTAINS CAS
PAR L'OSTÉOTOMIE

PAR LE D^r M. GA

Le type le plus fréquent des f
sans contredit celui auquel Poute
ché leurs noms.

Rappelons en deux mots ses ca
giques et cliniques.

Les lésions consistent essentielle
péroné à 5 ou 6 cent. au-dessus
externe, accompagnée d'un arrac
terne à sa base. L'extrémité infé
dehors tend à devenir presque l
ainsi le déplacement du pied en
arrachée à sa base par les ligam
partie intégrante du pied et est en
dans la généralité des faits on ne
hache de Dupuytren, la saillie du
du cou-de-pied, l'élargissement c
et la déviation du pied en dehors
de la saillie tibiale, existe une p
terminée par son relief tranchant

Si le traumatisme est encore pl
tement porté en dehors, le tibia
guments et fait une saillie quelq

(1) C'est dans un cas semblable que
l'année dernière, la réduction du tibia s

CALS VICIEUX

du pied en position en varus d'équinisme. Le cals enclavé est devenu presque une observation, ainsi que cependant noté ce cals s'attache à mal ; à l'appui de ces deux mois forcé de pratiquer.

Pouteau, Du cals la nécessité de prévenir les déformations vicieuses. La déformation est accompagnée de changements, aussi une indication.

L'on devra tenter l'anesthésie sans l'ostéotomie. Les meilleurs résultats que peu avoir été localisés par le malade et malade, comme ce de ténotomy. On a résection du péroné, et la suppression

de la suture de la malléole interne dans la ténose tibio-tarsienne.

(1) Bide : Th. Paris, 1879. *Étude sur les ténosynovites.*

teurs du pied, déclarant avoir
ré les tendons péroniers.
omme l'a fait justement re
la ténotomie des péroniers :
bole externe au lieu de la
la jointure d'un solide poi
les muscles peut détermine
de déplacement du pied. A
n sous-périostée de la mall
uffisamment solide latérale
its de Verneuil), on peut to
ction osseuse ne vienne à
ore inutile en raison de la
x vaudrait par suite imite
llon (1)... et bien avant eux.
tion d'une plus ou moins g
ervation de la malléole exte
tats.

peut se faire que l'on soit
ration, mais ne savons-not
ont pu obtenir la guérison
ré faite à 5 ou 6 centimètres
(1854), Mayer, Richet), da
omie du tendon d'Achille.
notre avis, ce dernier orga
opposer un grand obstacle
pas d'être sectionné. Par con
t être la section du péroné
pour permettre de redress
de résection tibiale on a
pturer le péroné pour obten
sant. C'est la fracture du p
e de tous les accidents, c'est
ne qui permet aux péroni

L'analyse de ces faits se trouve
tomie dans le traitement des cal

CALS VICIEUX.

ier les déviations s
attaquer à la lési
: intervention pa
ssi croyons-nous
ux résultant de fra
malléole interne,
ops : ostéotomie c
léole interne à sa
ation d'une ronc

rès chacun de ces

i péroné, à 5 ou 6
ment, comme not
raison du peu de
l y a donc tout in
a outre l'avantag
était nécessaire ;
obtenu, il faut s'
c le pied et dont la
ntation par des n
mineuses. Celles-
stacle au redresse
tionnant la base
tication achever
barbe la base de la
ulation et il est p
paraissent rendre
s d'obtenir ce der
l dans l'adduction
l y maintient en
le à la surface tib
précédentes ont-el
cision longitudina
rès dénudation s
me rondelle de 1 à
t, les fragments c

l'irréductibilité. Vous obtiendrez ainsi fait que vous maintiendrez comme suture de la malléole et le bandage

Telle a été la conduite que nous avons suivie avec nos deux sujets porteurs l'un et l'autre de ce type Peuteau-Dupuytren.

Le premier, âgé de 30 ans, admis le 13, dans le courant du mois de janvier, présentait une impossibilité absolue de marcher et un symptôme signalé plus haut (valgus, élargissement de l'espace entre les malléoles). Les renseignements qu'il nous a fournis sur son malade bablement soigné par des rhubarbes, ont été plusieurs médecins dont les traitements ont été inefficaces. Sur cet homme nous avons agi avec précaution (après échec des tentatives de réduction) à l'ostéotomie du péroné, puis à celle de la base de la malléole fut ébarbée et maintenue à l'aide d'un point de suture métallique passée au moyen du perforateur.

Immédiatement après la double section, nous avons pu constater que le membre était capable de redresser complètement : l'angle de flexion du péroné coupé était notable.

Les deux plaies furent suturées et les suites furent apyrétiques, le premier jour. Plus tard, au quarante-cinquième jour. Plus tard, au niveau du fil métallique malléolaire, il y eut des douleurs produites par sa saillie. Le malade put marcher.

Toutefois, nous lui avons fait porter pendant quelque temps un appareil à tuteurs latéraux pour en avoir encore davantage contre la réapparition de la déviation. Alors, il marche bien, et nous pensons que la précaution était probablement superflue.

Notre second malade est une femme d'intelligence et de santé médiocres, atteinte d'hémiplégie fugace ; la parole est

CALS VICIEUX.

oct 1891, salle Saint
u type Pouteau-Dupu
e, il y a plus de deux

entre deux rails. Soignée par plusieurs r
jamais pu marcher, bien que plusieurs te
aient été suivies chaque fois de chutes.

Elle se décide à entrer à l'hôpital, où ne
la même opération qu'au sujet précédent
obtenu, nous avons essayé de suturer la
tissu osseux gras et friable cédant sous l
nous nous contentâmes de maintenir le pi
tion par le bandage plâtré. Le quarantiè
ment fut fait, réunion immédiate, absen
position du pied. Comme cette malade,
gique, est très maladroite, nous lui avons
un certain temps de sortir de son lit. A
elle commence à marcher et tout fait pré
sera excellent. Les photographies présent
le bénéfice que ce sujet aura tiré de l'osté

Insistons en terminant sur la nécessit
dage plâtré exactement adapté ; ce n'est
mobilisation parfaite que l'on peut dimi
convulsives que présentent la plupart d
l'appareil osseux ou articulaire a été inté

CONCLUSIONS.

1° L'ostéotomie appliquée au traitemen
consécutifs aux fractures du péroné avec
malléole interne est préférable à la résectio
il n'est pas nécessaire de faire aucune tén

2° Il paraît logique de faire la section
remier temps de l'opération, d'abord pa
ans certains cas à difformité très pron
arce qu'elle permet de luxer le pied en
uer plus facilement le tibia, si la nécessi

3° Si l'ostéotomie seule du péroné est in

MÉMOIRE

le interne en l
peut être forc
ne épaisse.
de reconstitu
lantation avec

MÉMOIRES.

de douleurs de tête qu'elle maintient la main à la tête souvent. Les acquisitions intellectuelles sont absolument impossibles.

Trois à quatre ans plus tard commencent les convulsions. Elle se frappe la tête souvent quand elle ne se croit pas su. À la même époque, elle a eu la rougeole. Elle ne souffrait pas si l'aggravation de cette maladie.

Un peu plus tard, elle subit un traitement. Ses parents ne savent pas expliquer la succession de furonculose à la même époque. Cette année les impulsions deviennent plus violentes et plus continues. L'impossibilité de résister engage les parents à la faire admettre à l'hospice. Trois mois avant son internement, elle est devenue plus agitée. L'opiniâtreté pour laquelle elle a subi le traitement de cette maladie ne montre pas de vue de la conformation générale. La figure est généralement régulière.

Elle souffre aux poumons. Rien au cœur. Elle est insensible dans la mesure où il est possible de le faire intacte.

On remarque dans les muscles de la face des contractions convulsives surtout accentuées. Les pupilles sont inégales, la pupille gauche est plus petite. Quand on laisse les bras et les jambes libres, elle se mord les mains avec violence, se mord les jambes avec violence les jambes contre la paroi de la chambre. A chaque coup un peu fort elle pousse un cri de douleur et se met à se débattre et serre énergiquement les objets pour s'empêcher de se frapper. Quand elle est seule, elle jette tout ce qu'on lui présente. Elle le manifeste par quelques mo

c plaisir quand on lui fixe les bras et les fait manger en lui présentant les aliments. Pourtant pour se renverser en arrière et t la tête contre le lit, de préférence contre l'échire ses draps avec les dents.

au lit et crie pour qu'on la descende quand besoin.

ttitude paraissent indiquer une angoisse continues.

iquille que lorsqu'elle se sent absolument e son maillot est un peu libre, elle appelle u'on soit venu le rattacher.

he de son lit, l'excitation et les cris aug- ne autre petite fille du service passe près vouloir la frapper et la mordre.

lui lier les genoux ensemble. Bien que les elle arrive à se blesser les genoux en les e l'autre.

ement constipée.

tes prises depuis l'entrée, soit par M. le par M. le docteur Belous ou M. le docteur même état et l'inutilité des divers trai-

constate de l'amaigrissement. A partir at général paraît mauvais, l'émaciation sides sans qu'on puisse l'attribuer à l'in- entation.

rs à une intervention en se basant sur ce e a débuté après un traumatisme, bien e fracture apparente du crâne.

iboulay l'opère le 8 août 1890 et enlève euses sur le côté droit. L'une à 5 centim. ure fronto-pariétale, à un centimètre à médiane; la seconde un peu en avant de la oisième se rejoignant à la seconde à cheval nfin la quatrième un peu en arrière, tou- entimètre à droite de la ligne médiane.

La dure-mère n'est pas ouverte, on laisse un orifice pour un drain.

A partir de l'opération, les idées reviennent absolue et sans transition.

La malade, rapportée dans son lit, se voit avec plaisir approcher de sa femme, sourit à une petite fille du service, se laisse pousser des fureurs, se livre au pansement.

Le lendemain et les jours suivants. L'état intellectuel est le même que trois ans, celui qu'elle avait avant. Elle prend un journal oublié sur la table, écrit en plus grosses lettres. L'intelligence intacte malgré une suspension momentanée des facultés intellectuelles.

Elle paraît aimer beaucoup son lit, dont elle enlève la peau avec ses mains, fort bien, malgré son langage grossier dans son lit. Elle est générale.

Le pansement a été enlevé le 15, à cause de l'élévation de température, la malade en bon état.

Du 15 au 17, il y a eu de la fièvre. La plaie qui se réunissait bien, se répare rapidement. Cependant l'état mental se maintient.

A partir du 21, l'aspect change, elle devient terreuse. La nuit a été agitée, la plaie est recouverte d'un enduit. Les parties réunies par le drainage se guérissent un peu et laissent à découvert le crâne la plus antérieure. Les lésions de la plaie montrent par leur refoulement cardiaque qu'il existe en avant la dure-mère. Il n'y a donc pas de cerveau.

ATION POUR UN CAS D'IMPULSION

1. La diarrhée a cessé, mais le
œdédié; la respiration est c
peu de signes à l'auscultation
1 bruit respiratoire. A la percu
ans toute la hauteur, peu de

1 25, mort après quelques impi
existaient avant l'opération, 1
continues.

— Je regrette de ne pouvoir
e que le crâne, le cerveau ayan
iver dernier.

nt est très prononcé, le ventre t
s saillies osseuses on remarqi

portent une morsure résultat
qui ont précédé la mort.

en dehors de la plaie est d'aspe
ie à la pointe postérieure. La
nnante.

t normale. Les trépanations sor
ourgeons charnus. La soudure
is elles persistent.

est couverte de bourgeons sur 1
nètres sur 3 en avant de l'ouve
1 il existait un espace vide ent

spondante de la dure-mère est
1. A part cela, sa surface exte

du cerveau, la surface interne
ent normale.

au est adhérente à droite en a
du corps calleux. L'adhérence
la dure-mère emporte quelques

L'adhérence est circulaire et de la longueur d'une pièce de deux francs environ.

La pie-mère présente d'un côté à l'autre des différences sensibles.

A gauche, elle a un aspect un peu trouble. Le long des vaisseaux on voit des traînées blanches.

A droite, elle est un peu finement vascularisée, mais bien transparente et sans suffusions sanguines.

Un seul point présente des adhérences avec les tissus situés au-dessous, c'est celui qui correspond à l'adhérence de la dure-mère. En ce point la pie-mère entraîne une tumeur de la grosseur d'une petite noix. Cette tumeur s'enlève sans effort d'une cavité creusée dans la substance cérébrale et située exactement en avant et au-dessus du corps calleux à la partie interne de l'hémisphère droit. Les parois de la cavité nous montrent sur les bords la couche grise, dans le fond la substance blanche non ramollie.

A la coupe, cette tumeur présente un aspect et une consistance lardacées. A son centre existe une cavité de la grosseur d'une lentille pleine de détritits grumeleux, de couleur grise.

L'examen microscopique a montré que cette tumeur est de nature tuberculeuse.

Le cervelet, la protubérance, le bulbe et la moelle paraissent normaux.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité de liquide légèrement louche.

Les organes abdominaux sont recouverts par un épiploon dur, épais, d'environ un centimètre, infiltré de tubercules et de graisse. Tous les organes de l'abdomen sont recouverts d'un fin sablé de tubercules. On en trouve sur l'intestin, le foie, la rate, les reins. Les divers organes sont adhérents aux parties environnantes.

A la coupe, le foie a l'aspect du foie gras.

Le rein paraît normal.

Il n'existe pas d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin.

Organes thoraciques: Pas de liquide dans les plèvres, dont

Cela explique les bons résultats obtenus par Lannelongue et montre que l'on éduque beaucoup d'enfants et même des idiots ou considérés comme faibles d'esprit de ceux dont le cerveau arrivé à un développement a cessé de fonctionner normalement de l'enfance. Le succès serait beaucoup plus grand si on avait des anomalies de structure du cerveau.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES DU GROS INTESTIN

PAR LE D^r M. GANGOLPHE

régulières, *normales*, pourrait-on dire, les hernies du gros intestin sont maintenant connues.

La remarquable description laissée par moi s'ajoute de nombreux travaux qui en complètent certaines données antérieures, et confirment les conclusions de Tuffier. Les recherches de Trèves, de Tuffier ont établi ce point : le péritoine entourant le cæcum, la hernie du cæcum a toujours un sac complet, tandis que le côlon ascendant hernié n'en a pas. Rappelons du reste les conclusions de Tuffier (1) :

Les hernies du cæcum et de l'appendice cæcal sont : congénitales et acquises.

Les congénitales peuvent être dépourvues de sac, de l'appendice et de l'intestin grêle dépourvus de sac. Le critérium de cette malformation congé-

nitale est l'absence de sac complet dans presque toutes les observations d'absence complète du sac ne pouvant être démonstratives pour être admises.

Les à sac incomplet sont exceptionnelles,

et les hernies du cæcum et de l'appendice. *Arch. gén. de méd.*, 1887.

MÉMOIRES.

lors de hernies secondairement dépourvues de péri-primitivement coliques.

sence d'un sac complet est la règle générale.

anisme de ces hernies est tout entier dans le mode ision du cæcum tel que nous l'avons décrit.

eut s'expliquer que par défaut, décollement ou disu ligament supérieur, que ces dispositions soient les ou acquises. On peut à ce point de vue lui r deux variétés : hernie cæcale simple, hernie ée.

e premier cas, le cæcum s'engage en présentation appendice en bas. Si le ligament inférieur l'arrête escente, il se présentera par son flanc droit et s'en-jours recouvert de la séreuse.

» second, la hernie cæcale se complique de hernie u de la présence de l'intestin grêle, le côlon se dé-de sa séreuse pour satisfaire à la distension du sac ncomplet.

à la descente sous-péritonéale du cæcum, c'est au elle s'adresse. Les hernies primitivement dépourvues nt des hernies coliques contenant secondairement recouvert de son péritoine. »

tions préliminaires établies, et cela était nécessaire, le d'expliquer les détails anatomiques observés sur lade : malgré les modifications apportées par l'in-on, il est évident que cette hernie appartient au aique. Toutefois, les circonstances dans lesquelles ition a eu lieu et les réflexions qu'elles suggèrent e fait particulièrement intéressant.

cæcale compliquée. — Appendicite dans un sac herniaire. — Cure radicale. — Guérison.

ean-Joseph), âgé de 46 ans, journalier, entre le 1891, salle Saint-Pothin, n° 3 (1).

nalade a été présenté à la Société des sciences médicales, 23 décembre 1891.

Mé

ment en
comme
hérentes,
ite peut.

outeux e
étaient
emi-diète
yens de
au suje
suivant
sion larg
s extrêm
ranger,
connâme
ation, m
ouver dan
tarit rapi
iné et pa

ment, la
progres
plication
esque au
elle pa
et d'ans
les doig

ous nous
ssimuler
s de telle
malade e
euse l'op
ncision d
la hernie
'au sac e
ns un p

mmatoire, et l'on découvre aussitôt une volumineuse qui paraît adhérer partout à l'intérieur du sac. Toutefois, nous parvenons assez facilement à séparer la plus grande partie de l'épiploon à l'aide de trois ou quatre brides plus solides nécessitant quelques ligatures. Ceci fait, nous constatons qu'il existe dans l'intérieur même de l'épiploon une masse contenant de l'intestin grêle dont la réduction est totale. L'opération nous paraissait terminée, nous nous contentâmes à achever de détruire les adhérences : la partie externe du sac ancien, lieu d'oulcères, à extirper l'épiploon et sac après désinfecter.

Après avoir disséqué le cordon et à l'isoler, ce qui fut très facile, nous arrivâmes jusqu'à la queue de la tumeur à notre grand étonnement il y avait là, en l'épaisseur même du sac, comme un second lobe ou l'osseur d'un porte-plume adhérent à l'épididyme et à la cicatrice de l'abcès. Après un moment de réflexion nous vint à l'esprit, les particularités cliniques nous aidant, que ce pouvait être l'appendice ver-

meux qui avait vite pris; après l'avoir isolé à la sonde nous fîmes une petite incision longitudinale fut faite et l'hypothèse en nous montrant la cavité mu-

visqueuse. Une ligature à la soie fortement serrée fut jetée au-dessus de l'incision, complètement maintenue par les mors d'une pince hémostatique; l'appendice et pince furent entourés de gaze de façon qu'il n'y ait là aucune cause possible d'infection. Nous nous préoccupâmes alors de la recherche et de la confirmation.

Après nous donna quelque peine à cause des brides marquées de l'intestin perdu au milieu de la tumeur tout à fait en haut, près du collet il était évident que nous avions sous les yeux les tuniques musculaires. Nous fûmes obligé de nous servir plusieurs fois

des ciseaux, en prenant la précaution de libérer aux dépens du sac ou plus exactement des parois scrotales.

Peu à peu les adhérences furent complètement détruites jusqu'au niveau du collet, et avec le doigt plus haut encore; en effet il était facile de reconnaître qu'il en existait jusque dans le trajet inguinal. Restait alors à traiter l'épiploon, l'appendice vermiforme, le gros intestin et le sac. Quatre ligatures en chaînes jetées sur le pédicule de l'épiploon, celui-ci fut réséqué; il pesait 5 à 600 grammes. L'appendice fut fortement lié à sa base avec de la soie et sectionné au thermo-cautère; la surface cruentée fut cautérisée très soigneusement, sa sécheresse et la réduction de son volume ne nous parurent pas mériter que nous lui fissions un capuchon séreux. Le gros intestin fut alors réduit et maintenu pendant la dissection et la résection du sac, dont il fallut abandonner cependant çà et là quelques points très adhérents au srotum. Le collet très large fut fermé à la fois par plusieurs ligatures au catgut, et aussi par les sutures étayées.

On sutura la plaie superficielle avec des fils métalliques sauf en un point occupé par une longue mèche de gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent simples et la réunion immédiate obtenue.

Aujourd'hui, deux mois à peine après l'opération, on peut constater l'absence de toute récurrence; cependant nous avons conseillé au malade de porter un bandage et cela pendant plusieurs années.

L'intérêt que présente ce fait ne réside pas seulement dans sa rareté relative, mais encore dans les considérations thérapeutiques auxquelles il donne lieu. Disons d'abord qu'il ne paraît pas faire exception aux règles posées par Tuffier. Nous nous sommes trouvé en face d'une hernie cœcale compliquée de la présence de l'intestin grêle, de l'épiploon et probablement aussi d'une partie du côlon ascendant. Cette hernie s'est accompagnée d'appendicite restée heureusement limitée et n'ayant donné lieu qu'à des phénomènes locaux,

ROS

t-è

nal

tr

M.

'cu

, ce

der

m

plac

té p

t es

oarc

e c

é e

ic d

ix

qu

pp

t di

été

onst

ficu

à u

tin.

t ré

séq

, p

is é

, i

cl

ppe

mp

ar l'

au

MÉMO

e. Le cæcu
et le rectu
nt de sa t
oppes de la
naturelle
éro-intern
tant sur
rencontrer
et la sectio
voir tirer

le gros int
le sac herni
des phés
d'une sup
sans trout
nt peut-êt

e entreprise
ient pénit
tés que l'o
tin.

générale
e préféren
tera ainsi
i-ci est he

en 1887 (1), puis une étude plus détaillée thèse de M. Françon (2), enfin, en 1890, je l'ai présentée à l'Académie de médecine (3), où elle a été honorée si regretté M. Féréol (4). Dans ce rapport, bien, à la suite d'un remarquable résumé « pouce », s'exprimer ainsi : « Après avoir été familiarisé avec laquelle M. Glénard fait sauter le bord du foie, je demeure convaincu que sa méthode donnera des résultats excellents et d'une grande utilité. »

La plupart des journaux de médecine ont reproduit ma description et l'accompagneront de commentaires favorables. Je citerai entre autres la *Gazette médicale* (5), le *Progrès médical* (6),

(1) F. GLÉNARD : Palpation bimannuelle de l'hypochondre d'un cas de neurasthénie gastrique. Diagnostic de l'existence faite à l'Hôtel-Dieu de Lyon. *Province méd.*, 1^{er} trimestre suivants et Paris, Masson 1887, 72 p.

(2) FRANÇON : Des hépatites chroniques alcooliques. Thèse Lyon, 1888. M. Françon s'exprime ainsi : « Nécessité de pouce » fréquemment employé pour examiner divers malades et nous nous sommes convaincu de l'infériorité qu'il possède sur les procédés classiques. — F. GLÉNARD : Du foie par le « procédé du pouce. » Extrait et tirage à part de Françon. Paris, Masson, 1888, 18 p.

(3) F. GLÉNARD : Des résultats objectifs de l'exploration des diabétiques. Communic. à l'Académie de méd. (*Progrès Médical* (20 avril 1890 et numéros suivants). Tirage à part Paris, 1890, 72 p.

(4) FÉREOL : Sur un mémoire de M. le docteur F. Glénard. *Acad. méd.*, 17 juin 1890, p. 603-610. Paris, Masson.

(5) CUILLERET : Étude clinique sur l'entéroptose. *Gazette médicale*, 1888.

(6) CHÉRON : L'exploration de l'abdomen par les procédés nouveaux. *Union méd.*, 3 janvier 1889. M. Chéron s'exprime ainsi : « Les médecins de Lyon se mettent rapidement en pratique et quelque temps, on les a pour ainsi dire dans les doigts. »

(7) RAOULT : L'entéroptose. *Progrès médical*, 2 mars 1889.

EXPLORATION DU FOIE.

icales (1), le *Bulletin de*
herche bibliographique
).

cerne plus spécialement l
qui, lorsqu'elle est malade.
lus facile à déceler, M. Rho
ture des diagrammes annex
ol dans le *Bulletin de l'A*
qu'il attribue à la palpa
nmes que Féréol tient «
e » et dont il veut bien dire
ques-uns sous ses yeux d
u « très fidèlement exécut
gurées 22 vésicules dont 8

châtonné. Déjà, en 1887, j'avais écrit que,
cédé du pouce », on peut arriver facilement
habitude, en présence d'une « ptose » mul
avec netteté l'un de l'autre, le prolapsus du
vésicule et celui du rein, en même temps
première anse colique transverse lorsqu'elle
amas stercoral.

(1) CARTAZ: Du foie dans le diabète. *Revue des sci*
let 1891: « M. Glénard ouvre ainsi la voie à une locali
pable dans le foie, pouvant varier suivant les diverses
différentes phases. Comme exemple des résultats aux
cette remarquable tentative, il donne, etc.. »

(2) On m'excusera d'avoir relevé cette bibliograph
trop de complaisance ces commentaires, dont je rap
pendant les discussions et les commentaires non moi
bien voulu consacrer à mon procédé de palpation du
Guyon, Ewald et Stiller; on m'excusera en raison du
qui est de faire prévaloir ces procédés, et aussi un
appréciations à celle isolée d'un médecin de Lyon,
Lyon Médical du 14 juin 1891, p. 227, M. Vinay raille
d'exploration pris en bloc, et les traite de « simpl
traction » !! Qu'en sait-il ? M. Vinay est bien heur
n'y a plus rien à apprendre ! Qui n'envierait un état
On jugera, j'espère, que c'est une satisfaction suffi.
d'avoir relevé ici ses expressions.

Au surplus, si M. Rheinsteïn eût contenté pas de croire, il affirme le progrès réalisé par la palpation bimanuelle, pas manqué d'adopter ma technique, l'étape par laquelle j'ai dû forcément passer que j'ai franchie parce qu'elle était en ce but poursuivi.

Son procédé consiste, en effet, tout à la méthode classique de palpation du pouce, que je recommande pour l'exploration du foie, tandis que ce procédé est tout à fait classique et destiné à lui être utile. Il ne donne que des enseignements insuffisants.

Il est de toute évidence que, si la palpation classique, suffit à poser le diagnostic, il n'y a lieu de la modifier; c'est donc pas pour commencer une exploration du foie. Le diagnostic est difficile, lorsque la palpation ne permet pas de se prononcer sur un cas de l'hypochondre qu'il faut recourir à d'autres méthodes lorsqu'il y a lieu, par exemple, de faire la distinction entre l'hypertrophie et l'élongation du foie, entre le rein mobile, le foie cordé, entre les tumeurs et les prolapsus, lorsqu'on ne sait pas non seulement si le foie est malade, mais si c'est le rein. Dans des cas pareils, la palpation classique est insuffisante. Je pourrais dire le plus souvent, des diagnostics incertains et sa décision reste en suspens. Les nombreuses erreurs de diagnostic publiées par les auteurs sont le témoignage de cette impossibilité de se prononcer.

Or la palpation bimanuelle par le procédé de M. Rheinsteïn réduit à leur minimum les causes d'erreur; bimanuelle étend considérablement le domaine de l'exploration du foie, à ce point, qu'on ne doit plus conclure du foie, si l'exploration classique n'a pu donner de résultats, au procédé du pouce.

I

loration du foie p
s considérations su
lexes de tuméfacti
tranche le diagnos
nette de son bord a
e peut décider si le
es qui puissent p
lpation, sont ceux
lasticité du tissu l
lequel le *bord* du
que est celui dans
uve directement se
e rénitence suffis.
stinale sous-jacent
ord du foie peut e
ans les conditions s
épasse pas le rebou
que dépassant le
mité par son bord,
sous la face infé
déformation de tou
en bas et d'avant
soit qu'il s'agisse
par le fait de sa soi
dans la fosse lom
décubitus dorsal).
lpation classique, e
e encore le foie q
lans mobiles du c
end ainsi l'accès

ans les cas comple
du foie, mais bien
cet organe, il est é

e, que les conditions d'une recherche sont les suivantes :



a) Lui faire dépasser le rebord costal du diaphragme pendant d'inspiration.

β) Rapprocher la paroi antérieure relevant par la région I, A).

γ) Redresser le bord en refoulant sous l'axillaire par pression de la main gauche (Fig. I, B).

δ) Donner de la rigidité dans lequel le foie poussé pendant la palpation. Cela utiliser le mouvement.

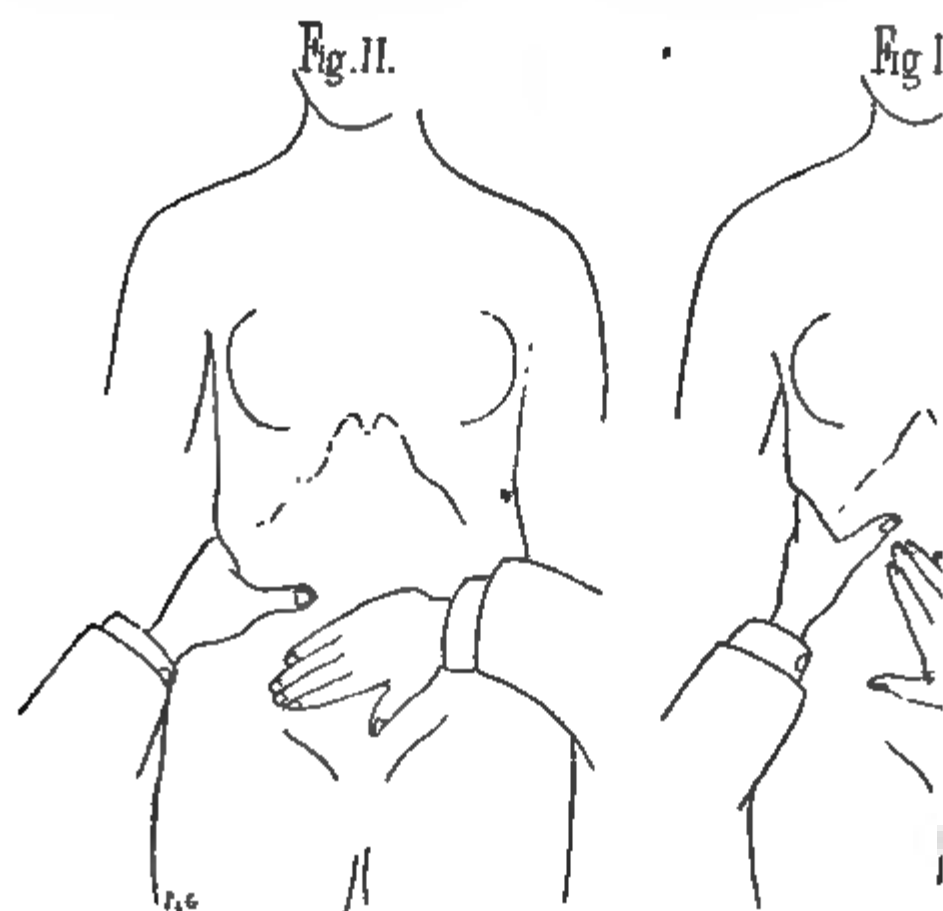
ε) Donner de la rigidité, pour le même motif, et pour y parvenir soulevée et immobile.

palper sans déprimer, c'est-à-dire d'en haut.

Les six conditions que réalise parfaitement M. Rheinsteins n'en respectent en effet, à rapprocher le foie en masse de l'abdomen en le relevant par la main gauche (β) et à donner de la rigidité à l'hypochondre (δ). Le palper avec la main droite, qu'on utilise à chaque expiration un peu

par un artifice de palpation qu'on

il n'a à recueillir que des sensations de tact, la pression qui nuirait à cette perception étant aux quatre derniers doigts de la main gauche la région lombaire, soit à la main droite pour le flanc droit et la région sous-hépatique. (Fig. II



Je puis donc vraiment dire que le ponce-gauche est la même dans la palpation du rein l'ai proposée (palpation néphroleptique), que du foie (procédé du ponce), joue le rôle intelligent méthode générale d'exploration de l'hypochondre un procédé de palpation à une seule main (1), qu'un procédé de palpation bimanuelle, elle est si je puis ainsi dire, un procédé de palpation à

Deux des indications négligées par M. Rheims sont donc ainsi remplies ; restent les deux autres qui ne tiennent pas plus compte : faire dépasser le plus

(1) Guyon. Exploration chirurgicale du rein. *Bull. méd. et Journ. méd. et chir.*, 25 avril 1891 et Coccoz. Paris. 64

côtes le bord du foie (α), donner de la rigidité à re (β); on remplit ces indications en utilisant les respiratoires.

stein ne tire pas des mouvements respiratoires i qu'il peut en tirer, en se bornant à dire qu'il énétrer les doigts avec précaution un peu plus it à chaque expiration. C'est bien pendant l'ex- il faut chercher en tâtonnant la région sous-foie, que déprimera la main droite pour que le ie s'y place à l' « affût », mais c'est pendant que ce pouce gauche palpera et analysera : alors seront non plus refoulés par lui dans l'hypo- is au contraire, viendront à sa rencontre, dirigés as par la pression du diaphragme et d'arrière en pression des quatre derniers doigts de la main vant la région lombaire. Alors le pouce gauche quelle direction descendent sur lui les organes, s « ptoses », les abordera en tous sens, ici, en ranchir le bord du foie (« ressant »), s'il est abais- gauche, pour déceler l'arête interne caractéris- obe flottant de cet organe, s'il est déformé ; au épister une néphroptose (« capture », « échap- a bien pour faire crépiter une tumeur stercorale ; ar trahir par sa mollesse, sa sphéricité ou son résence d'un « cholecystocèle » (si on me par- ologisme), etc., etc., pour ne citer ici que les as plus communes. Tout cela, sans le moindre tement, avec une dextérité qu'augmente l'habi- ce gauche le fera à l'insu du malade pour lequel : différentiel doit être absolument indolent. Nul é de palpation n'est capable de rivaliser même le « procédé du pouce », non seulement pour « fouille de l'hypochondre », et le forcer à idence, à amener au jour tout ce qu'il peut ren- rmal, mais encore pour décider entre ces objets ouvent multiples, et réduire à leur minimum les iagnostic. Et les erreurs du diagnostic sont ici

plus fâcheuses que
 peut être dans ce
 jectera pas à la
 le exige la soup
 lesse existe, ce
 ptose étant la
 (1), ou bien elle
 ion ne donne de
 revenir à M. R
 réduit, en somn
 sique, un des
 est encore un pe
 on : c'est lorsqu'
 ux, le malade é
 me permettrai
 ès des organes le
 la station debo
 malade se can
 pénétration des
 roissement du d
 it au rapproche
 de la méthode ;
 mer la région lo
 e, est bien plu
 st mal placé ; 3°
 ras lorsqu'ils on
 malade complèt
 ents, ou les faire
 cas dans lequel
 avantage pour
 l il s'agit d'appr
 bascule de cet o
 nt au but de r
 ent que détermi

(de Lausanne) : Ch
 isse romande, oct.

EXPLORATION DU FOIE.

aduellement dans le décubitus piration, et l'on a de plus l x les résultats de la palpation e cet abaissement, de cette

ci quelle est la technique de éral de l'hypochondre, par le dont l'adhésion de MM. Land incipes fondamentaux, jointe : haut, prouve qu'il réalise un des cas difficiles.

procédé, conformément à tout . à la palpation suivant la m e le foie anormal, mais chez our exact et l'épaisseur du bor ider s'il s'agit d'une hypertrop rouve une tuméfaction dans l'h firmer ici qu'il s'agisse d'un é cystocèle ou d'une néphropto tent-elles simultanément ; 3° l al dans l'hypochondre. Alors : t dans le décubitus dorsal, j e peine relevées par le travers ord costal au pubis, le médec d du lit, à droite ou à gauche roccède ainsi qu'il suit (Fig. IV

que pour mémoire de la méthode . dée, et que j'ai trouvée passible des n dans la station debout. Je préfèr qui conseille de palper le malade

rent être étendues et non, suivant l' musculaire est ainsi plus complète sition à donner à ses mains, n'est q le avec les genoux repliés du malade.

Premier temps. L'avant-bras gauche lèle à l'axe du malade, insinuer sous droite les quatre derniers doigts juxtaposés, de telle sorte que le médus soit longueur immédiatement au-dessous du rieur et que son extrémité atteigne l' maintenir la région lombaire solidement gauche restant en avant et conservant l

Fig. I



Deuxième temps. Avec la main droite médiane, un peu au-dessous de l'ombili obliquement en dedans et en bas, vers malade, appuyer à l'aide des doigts juxtaposés dans sa région la plus déclive et ment déprimée (1).

(1) L'obliquité de la direction en dehors et droite dans la figure IV, est celle qui convien

.ORATI

olique
e un
ns le
nt st

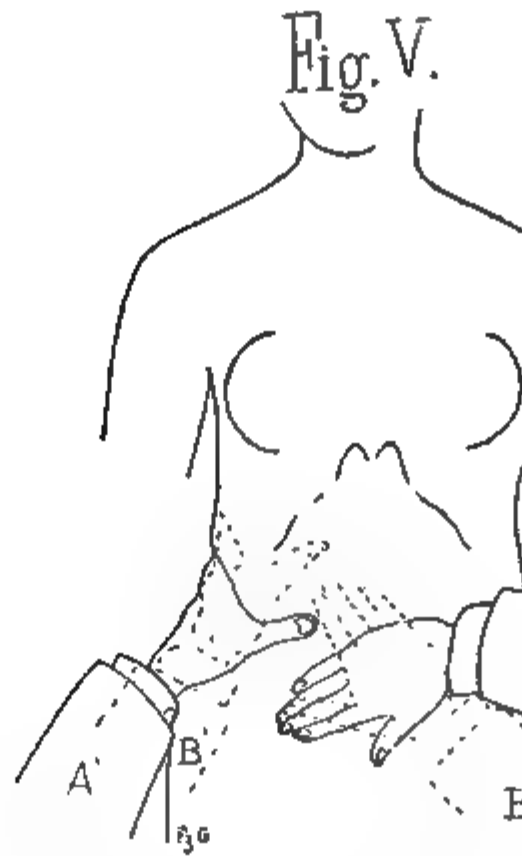
s disp
inve
oite p
, pl
le, op
n arri
inspir
s :

l'abc
ent de
e, ou
endan
devra
it plu
lépres
ent,
.pirat
t les
autou
ibilie)
à une
ère du
e ce i
ut ve
nt ur
t auc
ité, c
bjecti

a main
obile, l
tés pl

MÉMOIRES.

pouce, placé à l'affût, perçoit, perçoit, perçoit, sous l'influence du mouvement de consistance qui s'accroît, on devient plus profonde; il se déplace de bas en haut ou latéralement, normal, de la « ptose », quelle qu'elle soit, sa forme, son volume, sa densité, défini par ces notions, il vérifiera l'absence de la recherche de ses signes.



Le doigt du foie, le pouce qui l'aborde, en se portant d'arrière en avant, pendant l'inspiration, arrive à saisir ce bord, le « faire sauter » au-dessus de l'organe. Il recueille ainsi la forme, la densité, l'épaisseur du bord pour le diagnostic de la lésion. La sensation du ressaut pour le diagnostic de cette épreuve sur les divers points du bord du foie, on pourra apprécier la densité de cette ligne, et vérifier si

di

pe

rnio

ée,

reuse du cholélythe, dès que le calcul aura atteint d'une noisette, ou enfin le frottement produit par le calcul peut provoquer des calculs les uns sur les autres.

Tel est le « procédé du pouce » dont les enseignes le répète, devront être recherchés, — à moins l'excès de tension de l'abdomen ou l'hypertension de la paroi n'y fassent obstacle, — lorsque la palpation aura laissé hésitant sur le diagnostic objectif, le médecin aura autorisé à croire que tout est normal; dans le premier cas, la notion de signes impossibles au diagnostic différentiel, dans le second; des signes de telle nature qu'on y puisera les motifs d'une erreur dans le culte des pathogénies classiques (1).

On pourra parfois, dans de prétendues dyspepsies, derrière le rebord costal l'arête d'un foie indolent ou, vers la pointe de la 11^e côte, trouver un dur et de forme pyramidale, dont la présence est un trait de lumière; on pourra, dans de prétendues hépatites et chez l'homme (où le corset ne peut empêcher de trouver le bord du foie parfaitement souple et librement placé à égale distance de l'ombilic et de l'iliaque droite; cette constatation inattendue est suggestive. Mais, alors même que le pouce atteint le foie, il peut ne pas déceler l'arête qui en caractérise la forme; cette arête peut en effet être effacée, soit par l'absence de l'organe, soit, dans certaines hypertrophies,

(1) Je dois ajouter ici que, chez le sujet sain, normal, et même chez le maigre, quel que soit le procédé de palpation employé, on ne peut percevoir nettement ni le rein, ni le foie (à la première enfance), ni la vésicule ni aucune « ptose ».

MÉMOIRES.

bord du foie s'arrondit. Ce n'est sur quels éléments on s'appuie du diagnostic. Parfois, ces défauts : pour l'hypochondre, pas que partout ailleurs, il est dit qu'il faut s'avouer vaincu et n'est indispensable, que d'une exploration, mais j'ose affirmer qu'il recule considérablement les résolutions à cette extrémité.

ce serait une erreur également de dire qu'un malade, soit toujours accessible, même à l'exploration par la percussion, se trouve en présence de l'ictère hépatique la plus nette. Ceci doit être en conspect dans l'affirmation relative à tel ou tel malade. On ne doit donc pas se laisser influencer par des objectifs anormaux, de même que les symptômes, ne trahissent que les nombreuses perturbations dont un organisme que le foie, doit pour être le siège. Mais au moins ne doit-on pas se laisser tromper par des signes qui se traduisent par des signes évidents du pouce ne laissera échapper

un remarquable complément d'information du foie le « procédé du pouce » dues à ce perfectionnement ; d'un autre côté, la pénurie du foie dans la pathogénie conduit à la reconnaissance de l'importance de ce rôle de l'analyse objective soient mentionnés dans un travail précédent (1), j'ai tiré de l'exploration du foie

Binard : Des résultats objectifs de l'exploration du foie. *Lyon Médical*, 20 avril 1890. Par

gré de fixité. C'est le grand principe de la caractères. Si l'on compare les différents, suivant les modifications qu'ils subissent dans des années d'intervalle, on voit que, s'il y a une sensibilité qui soit absolument fixe, cependant la sensibilité varie plus rapidement et plus que celui tiré de la densité; on voit que le caractère de sensibilité est moins fixe que celui tiré de la densité; c'est-à-dire de la forme, du volume ou de

la mobilité.

Suivant le mode d'accessibilité à la palpation, on peut distinguer, en outre des quatre formes connues du foie *hypertrophié*, du foie *tuméfié*, du foie *atrophie* et du foie *normal*, quatre autres formes cliniquement méconnues avant l'introduction du procédé du pouce, qui seul peut les déceler avec certitude, ce sont les formes que j'ai désignées sous les noms de : foie *abaissé*, foie *déformé*, foie *à ressaut*, foie *sensible sans autre altération objective*.

Le tableau suivant présente sous forme *synoptique* les caractères de différenciation sur lesquels est fondée cette classification des types objectifs. (V. le Tableau page suiv.)

On remarquera que le « procédé du pouce » intervient non seulement pour démasquer ceux des types qui lui appartiennent en propre, mais aussi pour confirmer le diagnostic des types des foies normal, petit, tuméfié, hypertrophié, avec lesquels la palpation classique, employée seule, peut encore confondre les foies sensible, à ressaut, déformé, abaissé. Avant de dire : foie normal, il faut avoir exclu tous les types anormaux et, par conséquent, les avoir cherchés et pouvoir affirmer qu'on ne les a pas rencontrés.

Il est d'un très grand intérêt, soit qu'on veuille comparer le diagnostic objectif du foie dans des maladies différentes, soit qu'on veuille comparer un même foie avec lui-même à plusieurs explorations successives, d'en consigner à chaque examen les signes distinctifs sur la feuille d'observation. Rien ne donne une idée plus rapide, plus nette de l'ensemble.

Caractères différentiels des types objectifs du foie suivant le mode d'accessibilité à la palpation (1)

La palpation abdominale antérieure	perçoit aussi le bord inférieur du foie.		foie hypertroph.	Bord tranch. ou arrondi; pas de mobilité respirat.; ligne de matité du bord s' à sa place ou remontée.
	perçoit la face antérieure du foie, Le procédé du pouce	mais ne perçoit pas le bord du foie. Le procédé du pouce		
	ne perçoit pas la face antér. du foie. Le procédé du pouce	fait sauter le bord du foie, ne peut faire sauter le bord du foie....	foie abaissé.	— Bord tranchant; paral. au rebord costal; grande mobil. resp.; ligne de matité du bord s' abaissée.
		fait sauter le bord inférieur du foie derrière le rebord costal pendant l'inspiration....	foie déformé.	— (on allonge); bord tr. peu de mobil. resp.; ligne de matité du bord supér. peu abaissée.
		ne peut faire sauter le bord du foie....	foie tuméfié.	— Bord arrondi; mal limité.
		mais éveille de la sensibilité derrière le rebord costal pendant l'inspiration (2)....	foie à ressort.	— Bord tranchant.
		ne peut faire sauter, ne perçoit pas le bord inférieur du foie	foie sensible (3).	
		n'éveille aucune sensibilité; la région thoracique du foie est sonore	foie petit.	

BAZ

ue

ide

is (

ie, (

agr

d

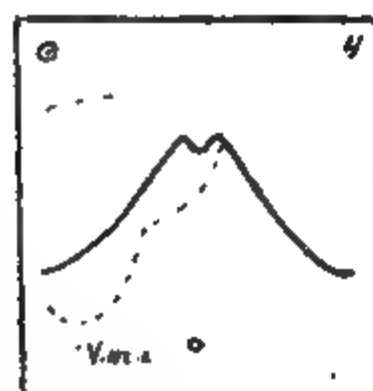
--



foie sensible



foie sensible



foie déformé



foie déformé



Splanchnoptase (e)



hyper

*) F, foie déformé (hépatoptose); Ves, vésicule biliaire (cholécystocèle); CT, corde colique sigmoïdal.

MÉMOIRES.

actères secondaires de densité
ignés à l'aide de lettres plac
ils auront été notés dans le
rénitent; *m*, mou;— *s*, sensibl

t). On peut encore avec avant
e la dureté du foie hypertroph
t simples, doubles ou triples,
ent, dur ou ligneux.

rte aussi de noter si le bord d
rchant ou arrondi; une coupe
ent indiquée par un *u* ou *v* pla
icatrices.

on aura une approximation t
n des signes relevés sur le foie,
oport avec les repères tels que le
phoïde, l'ombilic, le mamelon,
n pourra ainsi s'épargner le

à l'aide du crayon dermograp
épatique.

endra compte, en comparant l
nbre de foies, ou en comparan
d'un même foie exploré à des
ssus morbide, que la localisat
ie à tel ou tel lobe, qu'il y a ne
d'une indépendance réciproque
e est le siège d'une évolution

ou moins lente, mais encore
r suivant chaque lobe. Il sera

de pouvoir spécifier la local
ne, de distinguer si la localisati
aire. Les lignes verticales de la d
éciées par le siège le plus comm
r le bord du foie dans les hype
s de la sensibilité, sont, entr
i, une ligne passant par l'extré
roite et, entre le lobe moyen et l

La proportion de ces malades chez une anomalie du foie à l'examen objectif est admise pour les trois raisons suivantes : 1° le foie a été pratiqué systématiquement ; 2° or, chez les deux tiers au moins, cet examen que la pathogénie classique de leur affection du foie ; 2° aux enseignements de la palpation ont été ajoutés ceux que donne le procédé par percussion ; 3° le résultat révèle un état anormal du foie dans des cas où la palpation classique, seule mise en œuvre, aurait fait croire que le foie est normal ; 3° avec l'habitude de toute chose, le médecin acquiert une expérience qui se traduit par une facilité plus grande à saisir les signes objectifs.

Afin que mes remarques fussent plus précises, comme je n'ai connu et appliqué le procédé qu'à partir du cinq ou six centième malade, je n'ai pu compter peut-être encore au moins autant par la possession de ce moyen de diagnostic que sur les malades examinés par moi-même, soit sur 2,000 cas.

Or, dans cette série, voici quels ont été les résultats :

Sur 100 malades atteints d'une des anomalies du foie, il en est 70 chez lesquels les signes objectifs palpables d'une altération du foie sont un peu différents pour les deux sexes : 68 % chez l'homme et 62 % chez la femme.

Relativement à la répartition, parmi les divers types objectifs, en rapprochant ces types que l'enseignement clinique leur donne une signification analogue, on voit que les signes de foie tuméfié, impliquant tous deux une phase d'acuité, sont dans la proportion de 31 % chez l'homme, 41 % chez la femme ; les signes de foie déformé, abaissé, allongé, et

**Répartition des signes objectifs du foie
et suivant les sexes (pouces)**

MALADIES	FOIE NOR- MAL		F. SENSIB OU TUMÉF.		FOIE HYPER	
	H.	F.	H.	F.	H.	F.
Dyspepsies	26	48	32	28	3	
Névropathies	21	46	31	30	5	
Entéroptose	33	34	11	21	"	
Lithiase biliaire ...	10	30	32	25	12	
Lithiase urique	24	30	12	37	18	
Diabète	36	50	13	8	35	1
Goutte	35	"	32	"	"	

Ce n'est pas ici le lieu d'aborder les naître l'étude de ce tableau ; mais on après avoir été surpris de trouver autar dans des maladies où le rôle du foie ét gué à un plan très effacé, de remarque l'existence possible de lésions aussi ma trophie ou l'atrophie dans les dyspepsie la lithiase urique ou le diabète, la fréq phie dans le diabète et la lithiase urique la différence entre les deux sexes, signal générale, se retrouve affirmée dans cl isolément et dans le même sens, c'est-à portion, notablement inférieure chez la objectifs anormaux du côté du foie.

En résumé, voici quelle est la proporti suivant les types objectifs, dans les di l'anomalie hépatique constatée par la pa

Dyspepsies : foie anormal dans 74 % d 53 %, chez la femme. Prédominance des ble, tuméfié ou abaissé.

Névropathies : 78 % chez l'homme, 1 Foie tuméfié ou abaissé chez l'homme ; sensible chez la femme.

PLORATION

chez l'homme, déformé, 90 % chez le diabétique, abaissé qu'il est, puis

% chez l'homme, foie s'atrophie chez l'homme hypertrophie dans le diabète proportionnellement à la glycémie) diabétique statistique compris par les auteurs à ét

l'homme.

constatations

se dans la vie des sexes on trouve chez la femme n'est qu'une maladie des six ans plus évidente car il s'agit

ans l'investissement d'un de certains, qu'on met les caractéristiques fonctionnelles

meil, alimentation, excrétions, état des caractères, j'ai signalé l'importance qu'a l'heure des malaises, à leur périodicité, à l'influence de tel ou tel aliment, à la quantité des selles.

Déjà, dans l'étude des neurasthénies ce prévalait, trois des caractères que je désignais comme stigmates de ces états morbides sont : la dyspepsie, la faiblesse. Déjà l'on a proposé le degré de tolérance de certains aliments, du lait, par exemple, comme diagnostic (1).

En second lieu, je me suis attaché à préciser la signification des symptômes subjectifs avait été précédemment, d'après leur apparence, non d'après leur pathogénie était souvent toute confuse. J'ai essayé de démontrer que, parmi les symptômes du système nerveux, l'insomnie et ceux qui ont les noms d'asthéniques et de mésogastriques, sont souvent des symptômes digestifs et nullement nerveux.

De même on peut prouver que, dans les symptômes fondamentaux doivent être tirés non pas de la polyurie ou de la glycosurie, qui sont des symptômes de la diabète, mais de la faiblesse, de la nocivité de l'heure de la soif et de celle de la polyurie, des selles, etc. On peut prouver que la polyurie, la glycosurie, sont des symptômes digestifs ; et ils le sont au même titre, la polyurie n'étant nullement des conséquences de la glycosurie que l'enseigne la doctrine classique, mais sans cette dernière, la polyurie peut exister sans la glycosurie.

En résumé, il existe une double lacune dans la nosologie : inventaire insuffisant, interprétation

(1) KLEMPERER : Emploi du lait pour le diagnostic. *Annalen*, 1889.)

« glissement » pour trahir le gargouillement sténoses intestinales; la « palpation néphrologique » pour la recherche de la néphroptose; le « procédé de l'étude du foie ou de la rate.

En procédant ainsi, on élargit des deux côtés l'investigation de l'abdomen et l'on est à même de constater, non seulement sur la présence, mais sur l'absence de caractères objectifs anormaux.

Des résultats obtenus jusqu'ici, je tire le suivant aphorisme :

Toute exploration de l'abdomen doit élargir la palpation antérieure, la palpation latérale de la région lombaire et la fouille profonde. En outre, chaque organe doit être interrogé par la palpation qui lui est spéciale.

C'est en procédant ainsi que l'on vérifie la fréquence des altérations du foie dans les diverses maladies de l'objet de cette étude.

3° Il existe une lacune dans la séméiologie, en effet, la lithiase biliaire comme la lithiase hépatique: on n'éprouve aucune surprise à constater la fréquence de cette maladie autant de cas d'altération objective (chez l'homme, 69 %, chez la femme), et l'on se met en doute que ces altérations objectives soient le substratum anatomique de la pathologie fonctionnelle, s'agisse de dyspepsie, de neurasthénie, de diabète, de lithiase urique, d'entéroptose, la survenue de ces altérations objectives sur l'on se prend à douter que les altérations objectives relevées dans ces maladies aient une signification pathologique, ou bien qu'elles impliquent autre chose que l'accidentelle.

Et pourtant les lésions objectives sont plus fréquentes dans ces maladies que dans la lithiase, où il y a un peu plus grande, il y a un écart de proportion entre les deux sexes; bien que les altérations objectives relevées dans le diabète impliquent

MÉMOIRES.

ans qu'on le soupçonne, puisqu'il
vérée dans laquelle le rôle pathog
et être méconnu, puisque, en prés
n objective apparemment identique
luit, suivant l'apparence du syndro
ation hépatique le pivot de la ma
der qu'une valeur insignifiante ou
sode.

ise de cette contradiction réside t
n le voit pour la lithiase biliaire, d
e classique ne met en relief que le
s maladies.

n'est pas un pathologiste qui ne
eux, ou lithiasique ou diabétique,
ant les crises spécifiques de ces ma
n autre côté, qu'une maladie ne p
a complication, que l'attaque de go
colique hépatique ou la colique
survenir d'emblée dans un orga
re :

*les maladies telles que la lithiase
lithiase urique, la goulte, caract
détermination hépatique persist
phases critiques, la symptomat
ion seulement d'après les symptô
que des symptômes accidentels, m
tômes des périodes intercalaires.*

urra ainsi mettre en parallèle les
ce double caractère commun d'avoir
conséquent d'ouvrir une voie à l'i
ncore obscurs de pathogénie, et de
ession phénoménale la plus consta
me à celle des symptômes subjecti
es objectifs. Ces deux notions sont c
zire et celle de la *détermination*
not, de l'*hépatisme*.

y aura eu ou bien une erreur dans relative, ou bien on aura négligé de La réflexion qui surgit aussitôt est caractère qui doit servir de base à l'encore connu, c'est qu'il existe peut-être l'observation.

Or, voici précisément qu'en vérité dies dont nous nous occupons, nous l'existence manifeste de lacunes multiples des symptômes et des signes, qu'on ne peut nier ou leur estimation.

Précisément encore, voici que, en ces lacunes, nous démasquons un caractère qui était inattendue, dont la fixité laisse les autres caractères et qui, d'emblée, nous fait saisir les buts exigés d'un caractère pour être rationnellement fonctionnelle du foie, qu'on remarque dans les morboïdes les plus variées, peut également être expliquée par les symptômes les plus variés, en raison de la multiplicité des fonctions qui sont dévolues au foie (glycogénose, chromogénose, etc., etc.); 2° l'altération fonctionnelle du foie peut expliquer, en raison de la multiplicité des fonctions, les symptômes les plus variés de la morboïde; 3° l'altération fonctionnelle du foie, en raison de la multiplicité des fonctions, peut expliquer, en raison de la multiplicité des fonctions, les symptômes les plus variés de la morboïde.

C'est donc sans faire la moindre violence, soit à la loi de classification

En complétant l'inventaire supé-

Rockwell (1) reconnaît les affinités de l'uricémie (lithémie), Lancereau et Grasset (2) admet, sous la neurasthénie, le lien de parenté entre l'entéroptose et l'arthritisme.

Enfin l'entéroptose présente une doctrine tout à fait remarquable : c'est une dyspepsie ; à la 1^{re} (névropathie) ; à la 2^e (neurasthénie) ; à la 3^e (neurasthénie) bien plus, dans sa seconde période, elle présente des coliques (sous-hépatiques) qui coïncident avec la lithiasis biliaire. On doit alors décider si c'est l'entéroptose qui a commencé. La même difficulté se présente pour la période neurasthénique, et la question de savoir si l'on se trouve en présence d'une entéroptose primitive compliquée de lithiasis ou d'une maladie du foie primitive compliquée d'entéroptose. Quoiqu'il en soit, l'entéroptose est en parenté avec la lithiasis biliaire, et la parenté entre les dyspepsies et la lithiasis biliaire, quelle parenté existe entre les névropathies et une maladie du foie.

Et l'on voudrait nier l'existence d'un lien commun à ces deux groupes de maladies ? (névropathique ou neurasthénique) contre l'hypothèse (pourtant à priori probable) que le système nerveux puisse avoir son siège de

D'après cette doctrine (3), qui est en fait la concrète l'idée de diathèse, il y a

(1) ROCKWELL : *Neurasthenia and lithiasis*, 1888.

(2) GRASSET : *Quelques cas d'hystérie*, *Montpellier Méd.*, 1891, t. XVII.

(3) F. GLÉNARD : *De l'Entéroptose*, 1891.

pour que l'*affection*, constitutive de l'*chronique*, enfin pour que la *maladie*, répondant aux diverses phases évolutives hépatique, puisse être réalisée. La fièvre toxication par l'alcool, la dislocation des viscères, etc., ne deviennent des anomalies constitutionnelles (impaludisme, alcoolisme, neurasthénie, hystéroneurasthénie) que lorsque le foie, qui a été intéressé par le processus morbide, a été définitivement épuisé sa résistance. Alors il présentera des symptômes de sensibilité à retentir aux causes occasionnelles, son aptitude à engendrer des états morbides en jeu de cette vulnérabilité, par les symptômes persistants qu'il trahit à la palpation, les symptômes fonctionnelle plus ou moins accentuée relèvera plus ; ce n'est pas la maladie, mais plus la santé, c'est le tempérament morbosité hépatique, c'est l'« *hépatisme* ».

Le trouble fonctionnel chronique forme donc le trait d'union non seulement des maladies de la diathèse arthritique, non seulement des maladies et le groupe des syndromes arthritiques, — qui, décidément, je le démontre, n'est pas d'une maladie de foie ou bien non en classe déjà, mais à son début, son déclenchement de rémission, — mais l'hépatisme est le trait d'union entre la diathèse arthritique et les diathèses telles que l'alcoolisme, l'impaludisme. L'hépatisme crée la diathèse, la maladie, l'alcool, l'agent infectieux, le traumatisme engendrent la maladie du foie.

La preuve qu'il s'agit bien toujours de la même chose dans toutes les manifestations morbides de ce groupe, c'est que, dans toutes, les indications thérapeutiques exigent un traitement

A côté de ces indications généralement aux manifestations multiples de l'hépatisme en raison de l'origine qui l'ont engendré, se placent ces causes (suppression de l'acide urique, etc.), ou celles visant la congestion du foie, des coliques de l'accès de goutte, de l'entérite.

Une seconde preuve que l'hépatisme est constant dans toutes ces diathèses est l'absence, de signes antécédents évidents d'un trouble fonctionnel du foie, mais l'on soupçonne de l'hépatisme par la variété des caractères objectifs pour le diagnostic soit de l'hépatisme, précieux même en cas de telle complication, de telle complication (1).

En troisième lieu, il est heu- reux de trouver à l'origine de l'hépatisme des causes tributaires de l'hépatisme caractérisée du foie. L'alcoolisme, le catarrhe gastrique peuvent être dit-on que le catarrhe

(1) C'est ainsi que l'hypertrophie du foie dans certains diabètes, que le foie dans la gravelle; que l'hypertrophie du foie dans le diabète, pour le lobe médian; le lobe épigastrique dans l'alcoolisme chronique, foie tuméfié correspondant à un foie déformé, abaissé, à une chronicité qu'on ne peut mieux caractériser que par l'hépatisme. C'est ainsi, au point de vue du diagnostic, que le foie peut être un précieux enseignant. C'est ainsi, au point de vue du pronostic, que la constipation (qui par définition est souple) perm-

ATION

que
L'on n
ront l
dix o
ne déj
rhe g
s un s
proc
utarr
ce ca

ent c
ux tir
ectifs,
ie de t
où se a
t enti
t des
me le
in, le
locali

Il es
(1).
hépat
ons, e
n déco
oyen c
ue ; o

alcoholic
même
hépati
ie pour
ire su
, cata
about
sponda
hyper

de faire prévaloir et qui condu tisme, sont précisément de ce adoptant cette doctrine pour po

La notion d'*entéroptose* don titué à celui de maladie du rein ment à celui de névropathie ; l *lique* du foie (1), de *prélithias* diagnostic peut souvent détrôn neurasthénie ou de dyspepsie es *vrai* causé par une maladie du 1 le diagnostic s'impose fréquem diabète nerveux : ces diverses tion des principes et de la mi servation, sur l'utilité desquel core. Leur acquisition doit emp recherches tendant à l'interpré cation de maladies, à la connais parmi ceux dont la rencontre e le plus inconnue, la complexit m'autorise à terminer ici, à l' citation de Riolan :

Sic medici in eo viscere (le tus fundamentum est, diligen

(1) F. GLÉNARD : Observations de rhose éthylique, in thèse *Raphély*. 1

(2) BEAU : Études analytiques de l'appareil splénohépatique. *Arch. g* suivants.

Voyez aussi, parmi les travaux les POUCEL : De l'influence de la co genèse des maladies. Paris, Lecrosni

CERCHEVSKI : Contribution à la p tions du foie. *Progrès méd.*, 29 août

et sans médication, le foie était à peu près limites ; mais au commencement de 1880, soigneusement par un distingué confrère, fi dans de ses limites normales et légèrement

C'est en mars 1880 qu'apparut pour la première fois la crise dont je raconte l'histoire. Elle débuta par d'une indigestion avec céphalalgie violente bilieux abondants.

A partir de cette époque les accès se sont vus, leur fréquence a dépassé le nombre de quatre par semaine, la nutrition n'a pas tardé à s'altérer. L'appétit, malgré la persistance qui ramène les malades ne pouvant se persuader que ce qu'il mange avec tant de plaisir puisse lui occasionner de la souffrance. Ce sont surtout les substances fortes, les graisses qui ont l'influence la plus pernicieuse. On ne dépasse pas impunément une ration de viande au repas de midi ; quant au corps gras, il est toléré que sous la forme de beurre très frais, de crème et de crème fraîche très sucrée.

De 1880 à 1890 le malade avait perdu 7 kil de 68 kil.

Tous les accès étant identiques et calqués sur les autres, j'en décrirai un pour tous.

Trois à quatre heures environ après le repas, le malade s'avertit qu'il a dépassé la mesure permise par la mesure. Céphalalgie sincipitale et une tendance au vomissement. Il se couche de bonne heure et s'endort sans rêves. Vers quatre heures du matin la tête lourde, douloureuse surtout sur le crâne, mais pas plus d'un côté que de l'autre. Il ne se rendormir, mais en vain ; la douleur persiste, le séjour du lit insupportable, et il se lève, mais que la station debout ou assise ne la calme. Après une demi-heure environ la douleur de plus en plus franchement hémicrânienne et tombe dans la région frontale, la gauche le plus habituellement.

Dans quelques cas, surtout au temps le plus mauvais de son mal, vers 1885, un deuxième accès suivait le premier, et le second jour était presque aussi douloureux; mais, particularité à noter, dans ce cas, c'était la tempe du côté opposé qui était le siège de l'hémicrânie.

Quelle que soit la violence de l'accès, l'intelligence est nette, mais le travail est impossible. La constipation absolue est la règle pendant la durée de l'accès. L'urine excrétée pendant 24 heures varie entre 80 et 100 gr., autant dire un verre à bordeaux. Elle est fortement acide, couleur acajou foncé, d'une odeur fade et désagréable, la même que celle de la salive. Analysée soigneusement à plusieurs reprises, elle n'a jamais contenu ni bile, ni albumine, ni sucre, simplement des urates en excès.

L'accès ne finit jamais brusquement, la langue ne reprend son état normal et l'appétit ne renaît franchement que le surlendemain des vomissements.

Au début de l'affection un grand nombre de médications ont été essayées et consciencieusement suivies.

La première idée que devait faire naître les antécédents hépatiques, c'était de conseiller une saison de Vichy. Le conseil a été suivi. Le résultat en a été déplorable. Les accès sont devenus plus fréquents jusqu'à être bi-hebdomadaires. Après Vichy, la magnésie calcinée, les cholagogues et en particulier le calomel, — les purgatifs salins légers et répétés fréquemment, de manière à entretenir la liberté du ventre; — puis la série des digestifs artificiels, malt, pepsine, diastase, pancréatine, — les amers francs, les toniques amers, les peptones, la noix vomique, les acides lactique et chlorhydrique (celui-ci très mal supporté a paru aggraver le mal), — enfin l'hydrothérapie. Tout l'arsenal thérapeutique a été passé en revue sans amener de résultat durable. Les premiers jours d'une médication nouvelle, étaient quelquefois suivis d'un peu de répit, puis les mêmes symptômes se reproduisaient à l'occasion du plus petit écart de régime alimentaire.

Un seul moyen a donné quelquefois un résultat et fait

rareté de l'urine, autant dire pendant toute la durée de l'attaque, les urines, au contraire, sont abondantes.

, d'un autre côté, quel autre symptôme franchement hémicrânien ne se présente après un écart du régime alimentaire ? Quelques heures après le repas incrimé, j'ai souvent dit que les symptômes seraient analogues à ceux d'une infection. La violence de la céphalée qu'à celle de la céphalée urémique émise par A. Drysdale (*Thèse de la migraine ophtalmique*) nous a conduits à cette conviction de sa croyance.

faut-il accuser ici ? L'auto-intoxication est probable. Mais est-elle le fait des produits élaborés ? Ou bien étant donné le fait, faut-il chercher la raison de ces accès ? Le professeur Bouchard me paraît avoir dit la bizarre affection que je vois dans ce cas : « L'homme, incessamment exposé à eux, est prémuni contre eux : 1° par des réflexes qui détruisent certains produits ; 2° par l'arrêt et en détruit d'autres ; 3° par l'excrétion de la plus grande partie ; 4° par l'appel de cette affection à l'attention.

En l'absence de l'impuissance avérée de la fonction urinaire, j'ai dû chercher dans le trouble du système nerveux, qui commençait à altérer le fonctionnement du malade :

Sur ces deux points, nous avons institué, pendant nos observations quotidiennes, une échelle de mesure, échelle absolument clinique, par laquelle on obtient à coup sûr la trace ici ; peut-être pourra-t-

DEUXIÈME PARTIE

COMPTES-RENDUS

COMPTES-RENDUS

SARCOME BLANC DE LA CHOROÏDE.

M. GAYET présente une tumeur de l'œil paraissant être un sarcome blanc de la choroïde : l'examen histologique sera fait ultérieurement. Cette tumeur, développée chez un homme de 62 ans, avait pris la place de l'œil; mais il était impossible avant l'opération d'en reconnaître la disposition exacte; car, en aucun point on ne trouvait l'ombilic constitué par la cornée. Celle-ci ainsi que le nerf optique avaient été refoulés en dedans et occupaient le côté interne de la tumeur.

Le début de la tumeur remontait à six mois environ, mais on ne possède que des renseignements incomplets sur la marche de la maladie.

ABCÈS DU FOIE.

M. TOUSSAINT présente un volumineux abcès du foie. Il s'agit d'une femme âgée de 38 ans, chez laquelle les antécédents et l'examen clinique avaient fait admettre l'existence d'une pleurésie droite. La ponction, faite d'urgence, ayant donné issue à du pus, M. Lannois pratiqua la pleurotomie qui était la seule chance possible de guérison; mais la malade succomba une heure après l'opération.

L'autopsie a révélé que la pleurésie était consécutive à un abcès du foie. Le bistouri avait traversé le diaphragme et pénétré dans le foie.

M. LANNOIS a opéré cette malade *in extremis*. L'empyème a été pratiqué dans le neuvième espace intercostal, parce que l'épanchement paraissait être collecté en bas, et que la ponction faite à ce niveau avait donné du pus. De plus, il est bon d'ajouter que dans ce cas le diaphragme était refoulé en haut par l'abcès du foie.

M. VINAY. Dans la pleurotomie faite à la base du thorax, il faut éviter une hémorrhagie qui peut provenir d'un laxis veineux développé dans la plèvre pariétale. Pour cela il a l'habitude de faire une simple ponction avec le bistouri, puis d'agrandir l'ouverture en déchirant la plèvre avec une grosse sonde.

Ce procédé a aussi l'avantage d'éviter la blessure du diaphragme.

M. R. TRIPIER. En faisant l'incision à la partie postérieure et non sous l'aisselle, on a moins de chance de blesser le diaphragme. Quant à l'abcès du foie, on aurait dû en rechercher la cause dans l'intestin.

M. LANNOIS. Le gros intestin n'avait pas d'ulcération, mais le petit intestin n'a pas été suffisamment examiné.

REIN EN FER A CHEVAL.

M. TOUSSAINT présente un rein en fer à cheval : cette pièce n'a que l'intérêt d'une anomalie anatomique.

M. G. ROUX rappelle qu'il a eu l'occasion de présenter à la Société un rein semblable, et fait remarquer que dans la disposition en fer à cheval la commissure inférieure est plus rare que la commissure supérieure.

LITHIASE BILIAIRE ET ABCÈS DU FOIE.

M. JEANNIN, interne des hôpitaux, présente une pièce anatomique provenant du service de M. le prof. Renaut.

Il s'agit d'une obstruction du canal cholédoque suivie de la formation de nombreux abcès du foie. La vésicule biliaire est rétractée et présente une communication avec le gros intestin au niveau de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse.

Le résultat de l'examen bactériologique des abcès du foie sera donné dans une communication ultérieure de M. le prof. Renaut.

M. RENAUT, à l'occasion du procès-verbal, insiste sur la communication faite à la séance précédente par son interne, M. Jeannin, et relative à une angiocholite produite par un calcul arrêté dans le cholédoque.

Le résultat de l'examen bactériologique n'est pas encore connu, mais il est probable que l'on trouvera le bacillus coli communis, qui a été signalé dans des cas semblables observés par M. Renaut. Lorsque les vases biliaires sont oblitérés, ce bacille, habitant du duodénum, devient pyogène et va produire les abcès du foie.

De plus, sur cinq malades atteints d'angiocholite par oblitération des voies biliaires, M. Renaut a toujours constaté l'existence de râles, d'œdème pulmonaire dans la gouttière costo-diaphragmatique. Ce signe clinique doit être recherché et servira à établir le diagnostic, car souvent les malades ne présentent que des symptômes hépatiques confus.

M. LÉPINE. Dans la symptomatologie de l'angiocholite il faut placer les grands frissons.

M. RENAUT. Les grands frissons pseudo-intermittents n'accompagnent pas toujours l'angiocholite suppurée, comme on les observe toujours dans la formation d'abcès hépatiques d'origine intestinale.

BASIOTRIPSIE.

M. CONDAMIN présente un fœtus sur lequel on a pratiqué la basiotripsie, et chez lequel après l'extraction on a observé plusieurs mouvements respiratoires pendant une minute et demie et des battements du cœur pendant un quart d'heure.

En général, dès que le basiotribe est appliqué et la tête broyée, le cœur s'arrête après 25 ou 30 secondes.

M. ICARD cite un cas d'anencéphale chez lequel le cœur a battu pendant quelques minutes, mais sans qu'il y ait eu des mouvements respiratoires.

M. BLANC. Un anencéphale observé par Tarnier a vécu 48 heures. Il respirait, son cœur battait, on a même pu l'alimenter.

ÉPITHÉLIOMA DE LA LÈVRE.

M. DESTOT présente le malade, âgé de 18 ans et atteint d'un épithélioma de la lèvre supérieure, qui a fait l'objet d'une communication précédente.

La médication par l'iodure n'a donné aucun résultat, et M. le prof. L. Tripier a fait de nouvelles excisions de la tumeur. Celle-ci, d'après un second examen histologique pratiqué par M. L. Dor, paraît bien être un cancroïde.

M. BARD reconnaît que la nouvelle préparation est en faveur du cancer, car à côté d'un fragment de peau saine, non enflammée, il existe des globes cornés situés profondément.

M. L. TRIPIER. Chez ce malade, les os de la face sont envahis, il s'agit donc d'une opération grave. Mais après tout ce qui a été fait pour assurer le diagnostic il faut intervenir.

PANCRÉAS SAIN CHEZ UN DIABÉTIQUE MAIGRE.

M. MOLLARD présente les coupes du pancréas d'un homme qui a succombé à un diabète maigre, et chez lequel l'autopsie a été complètement négative ; le pancréas était normal.

SUR LA PATHOGÉNIE DU DIABÈTE.

Par R. LÉPINE.

J'ai montré il y a quelques mois à la Société des coupes du pancréas d'un diabétique mort dans mon service, faites par le D^r Ch. Audry et sur lesquelles on voyait de la manière la plus nette des bandes de tissu fibreux autour des acini. Ces préparations ont été soumises à l'examen de M. le Prof. Renaut qui a confirmé le diagnostic de sclérose péri-acineuse. Comme à l'œil nu le pancréas ne présentait rien d'anormal, j'ai appelé l'attention sur l'intérêt qu'il y a à faire une étude histologique attentive du pancréas des diabétiques, alors même qu'il paraît sain à l'examen macroscopique. Cet appel a été entendu par MM. les docteurs Lannois et Lemoine qui, dans un mémoire paru récemment (1), décrivent non seulement, comme j'avais fait, une sclérose péri-acineuse, mais une sclérose intra-acineuse dissociant les

(1) *Archives de médecine expérimentale*, janvier 1891.

cellules, et paraissant ainsi encore plus capable d'apporter quelque obstacle à la résorption du ferment glycolytique, dont la diminution dans le sang est, selon moi, la cause la plus importante du diabète. Toutefois, à en juger par l'examen des préparations du pancréas que vient de vous soumettre M. le D^r Molard, il ne semble pas que la lésion décrite par MM. Lannois et Lemoine soit constante; et l'absence de sclérose dans ce cas, bien constatée par M. Renaut, est d'autant plus importante qu'il s'agit d'un cas de diabète *maigre* des plus accentués, dont l'histoire pathologique m'est parfaitement connue, le malade ayant séjourné plusieurs mois dans mon service.

Assurément, l'intégrité apparente du pancréas dans des cas de ce genre n'est pas une preuve de son intégrité absolue. Il ne faut pas oublier qu'entre le moment de la mort et celui de l'autopsie la cellule pancréatique s'altère par autodigestion et qu'il faudrait pouvoir, ainsi que le dit M. le Prof. Renaut, placer l'organe dès l'instant de la mort dans un réactif empêchant la production si fâcheuse d'altérations cadavériques. Pour ce motif, nous ne sommes donc pas en état de faire l'anatomie pathologique exacte du pancréas.

Toutefois, je ne voudrais pas que ces réserves me fissent ranger parmi ceux qui admettent *quand même* l'existence de lésions pancréatiques dans *tous* les cas de diabète. Depuis plusieurs mois je me suis, à maintes reprises, expliqué à cet égard; il y a dans le diabète diminution plus ou moins grande du ferment glycolytique (Lépine et Barral); mais je ne prétends pas que le ferment glycolytique provienne *exclusivement* du pancréas. Ce qui motive cette restriction, c'est le fait, maintes fois constaté par M. Barral et moi dans nos expériences, que chez un chien rendu diabétique par l'ablation *complète* du pancréas le pouvoir glycolytique du sang qui est fort diminué, comme nous l'avons montré, n'est pas entièrement aboli. Il possède encore au moins le dixième de son énergie normale et quelquefois davantage (jusqu'au sixième). Il est donc chez le chien d'autres sources du fer-

ment glycolytique que le pancréas, peut être les glandes intestinales.

Dans un mémoire récent (1), M. Hédon dit qu'on peut faire deux hypothèses sur la pathogénie du diabète après l'extirpation du pancréas : 1° la diminution de la glycolyse ; 2° l'hyperproduction du sucre. C'est à la seconde de ces hypothèses qu'il semble se rallier. Et cependant ses propres expériences, conformes d'ailleurs aux miennes à cet égard, sont en faveur de la première. En effet, dans les trois expériences qu'il relate, l'excrétion journalière du sucre *n'a pas excédé la production normale* du sucre chez un chien du même poids. Mais, alors même que le sucre paraîtrait excrété en quantité surabondante chez le chien diabétique, cela n'infirmait pas le fait que chez lui la consommation du sucre est insuffisante. Car cette dernière est non pas une *hypothèse*, mais un *fait*, démontré par toutes les expériences que j'ai faites en si grand nombre avec M. Barral. D'après nos expériences, dans toute hyperglycémie il y a diminution du pouvoir glycolytique. Nous n'avons pas encore trouvé d'exception à cette loi qui s'applique aux hyperglycémies asphyxique, curarique, au diabète provoqué par la phlorhydzone, etc.

Je ne conteste pas la possibilité d'une hyperproduction de sucre primitive ; mais je n'ai encore observé aucun fait expérimental qui l'appuie, tandis que la diminution du pouvoir glycolytique dans les conditions les plus variées d'hyperglycémie est incontestable.

Il est d'ailleurs positif que dans certains diabètes il y a hyperproduction de sucre, attendu que quelques diabétiques excrètent chaque jour plus de sucre que n'en produit dans le même temps un homme bien portant. Mais on peut concevoir que l'hyperproduction du sucre soit la *conséquence* du défaut de consommation : en effet, dans ce dernier cas le système nerveux central éprouve la sensation que la combustion du glucose est au-dessous du taux normal, et on

(1) *Archives de médecine expérimentale*, janvier 1891.

comprend que cette sensation soit suivie d'une excitation provoquant l'exagération de la production du glucose, de même qu'un homme inintelligent dont le poêle fonctionnerait mal, le remplirait encore de charbon. Il se peut que le système nerveux central *inconscient* réponde par une action réflexe fatale à la sensation de froid exactement comme l'homme inintelligent que je viens de supposer.

M. RENAULT, sans être guidé par la physiologie, avait déjà dit que le pancréas n'était pas une glande comme les autres. Dans les glandes salivaires les vaisseaux répondent aux épithéliomes glandulaires. Dans le pancréas il y a bien des vaisseaux ordonnés pour les épithéliums, mais ces épithéliums sont également ordonnés pour les vaisseaux. Le pancréas est une glande à double débit, intra-veineuse et intestinale comme le foie. L'anatomie pathologique signale des scléroses pancréatiques qui doivent être analogues aux cirrhoses du foie. Il n'est donc pas étonnant de trouver des scléroses annulaires autour des îlots cunéiformes, des scléroses intra-acineuses et des scléroses mixtes. Le travail de MM. Lannois et Lemoine a montré cette analogie avec le foie. Il ne faut pas s'attendre à trouver une lésion unique du diabète; cette affection, comme l'albuminurie, provient de lésions multiples qui pour être étudiées nécessitent l'examen des tissus frais, quelques heures après la mort.

M. Frantz GLÉNARD, sur la réponse négative de M. Mollard à la demande qu'il lui fait si le foie de ce diabétique a été examiné, exprime son regret de voir que M. Lépine ne tienne pas davantage compte d'une communication faite il y a huit mois à la Société des sciences médicales sur le foie des diabétiques. Dans cette communication, M. Glénard, s'appuyant sur l'examen clinique de plus de 300 diabétiques et sur les diagrammes de foies relevés chez eux et présentés à la Société, disait que non seulement il avait trouvé le foie objectivement altéré chez 60 p. 100 de ces malades, mais que, chez 35 p. 100 des malades du sexe masculin, il était manifeste que cette maladie du foie était d'origine éthylique et avait précédé le diabète. Ces faits ont été communiqués à l'Académie de médecine, et, dans son rapport, M. Féréol regarde, comme fondées, l'assertion émise par M. Glénard, qu'il existe un diabète vrai éthylique, c'est-à-dire d'origine hépatique primitive, ainsi que l'importance du rôle que M. Glénard fait jouer au foie dans le diabète en général, et enfin M. Féréol admet l'exactitude des diagrammes de foies diabétiques présentés à l'appui. Il y a donc lieu, en présence du conflit de la théorie qui invoque le pancréas et des faits qui accusent le foie, de chercher dans ce dernier organe, où on les trouvera certainement, les lésions microscopiques qu'on cherche en vain dans le pancréas. En attendant, enregistrons avec soin cette déclaration de M. Lépine que, pour lui, le diabète n'est pas toujours

pancréatique. Le diabète a plusieurs pathogénies, c'est certain; il y a plusieurs diabètes sucrés; il peut exister entre deux diabètes la différence qui existe entre un cancer et un lipôme; mais ces différences on peut tout aussi bien en trouver la cause dans des lésions différentes d'un même organe, le foie, que dans la lésion d'organes différents. En tous cas, le foie doit être interrogé, au nom de la clinique.

HERNIE RÉTRO-PÉRITONÉALE.

Le docteur ADENOT présente au nom de M. Jaboulay, agrégé, une pièce, peut-être unique en son genre. Il s'agit d'une hernie rétro-péritonéale développée dans le mésocôlon ascendant et accompagnée d'une absence de torsion de l'intestin. Les hernies rétro-péritonéales ne sont pas rares, elles se développent toujours dans des fossettes normales du péritoine. Ces fossettes analogues aux valvules sigmoïdes de l'aorte peuvent être assez développées et prendre même des proportions considérables. Passées sous silence par les anatomistes français jusqu'à ces dernières années, bien étudiées en Allemagne, les fossettes du péritoine prennent le nom de segment intestinal au niveau duquel elles se trouvent placées. Au niveau du duodénum on remarque toujours une ou deux fossettes (fossettes duodénales).

Une anse intestinale peut s'invaginer dans une de ces fossettes, décoller alors le péritoine pariétal qui, petit à petit, contribue lui-même à former la paroi de la fossette qui s'insinue entre ce péritoine pariétal et la paroi postérieure de l'abdomen, en décollant le tissu conjonctif sous-péritonéal.

Dans le cas présent l'intestin grêle s'était peu à peu invaginé dans une fossette duodénale jusqu'au cœcum. Ce dernier, placé dans l'hyponchondre droit, était facilement reconnaissable par l'appendice iléo-cœcal. En suivant le gros intestin on voyait le côlon ascendant placé au niveau du petit bassin, le côlon transverse suivait remontant sur le côté gauche de l'abdomen jusqu'au coude sous-costal gauche, séparant le côlon transverse du côlon descendant. L'S

iliaque et le rectum se trouvaient dans leur situation ordinaire.

Donc le côlon ascendant et le transverse formaient une vaste arcade à concavité supérieure et droite au centre de laquelle se trouvait la hernie qui présentait le volume d'une tête d'adulte. En tirant l'iléon et en le suivant on déplissait peu à peu tout l'intestin grêle placé dans la poche rétro-péritonéale. Cette poche, une fois vide, s'affaissait complètement. La paroi en était d'ailleurs très lisse. Elle touchait en haut la grande courbure de l'estomac et le duodénum.

Bien des points restaient encore obscurs. M. Jaboulay par l'injection des vaisseaux reconnut :

1° Que le duodénum dans sa troisième portion restait à gauche et en avant de l'artère mésentérique supérieure au lieu d'être croisée en avant par elle. On sait que M. Glénard a insisté cliniquement sur ce rapport de l'artère mésentérique et de la troisième portion du duodénum près de l'angle duodéno-jujénal.

2° Les artères de l'intestin grêle naissaient de la concavité de la mésentérique et se trouvaient à droite, au lieu de la convexité gauche.

3° Les artères coliques droites placées à gauche naissaient de la convexité de l'artère.

4° Les branches de la mésentérique inférieure ne présentaient rien de particulier, si ce n'est que la grande anastomotique rejoignait la mésentérique supérieure par en bas ou au niveau du côlon transverse changé de place.

En résumé : le gros intestin n'avait pas subi sa torsion habituelle. Resté à gauche et en bas, l'intestin grêle se développant à droite et en haut. En faisant passer artificiellement la tumeur par dessous le gros intestin abaissé on pouvait facilement reproduire l'état normal.

Il est impossible de savoir si le défaut de torsion de l'intestin, anomalie congénitale, a été la cause de la hernie, ou si, au contraire, cette dernière a empêché la torsion de se produire.

Dans tous les cas, les faits d'absence de torsion intestinale publiés, et en particulier celui de M. Farabeuf (*Progrès médical*, 1885), s'accompagnent toujours d'un arrêt de développement du gros intestin. Dès lors le défaut de torsion est rationnellement et facilement explicable. Au contraire, dans le cas présent le gros intestin présentait une longueur de 1 m. 75, c'est-à-dire de 5 cent. plus grande que la moyenne de longueur normale. Cliniquement on ne sait quels phénomènes présentait ce malade. Il s'agit d'une trouvaille d'amphithéâtre, la carte d'identité du cadavre n'a pu être retrouvée. On sait que les tentatives cliniques faites pour établir le diagnostic de ces hernies rétro-péritonéales, en dehors des étranglements plus faciles peut-être à se produire, sont restées infructueuses.

Quoi qu'il en soit, cette pièce est très remarquable et certainement unique. Dans son récent mémoire sur les hernies rétro-péritonéales, Jonesco ne signale aucun fait semblable sur 64 cas de hernies duodénales rétro-péritonéales.

M. Frantz GLÉNARD. J'ai eu la bonne fortune d'assister à la découverte de cette remarquable pièce anatomique, dont il n'existe pas d'autre exemple dans la science. M. Jaboulay voulait bien m'assister dans mes recherches sur la topographie du côlon transverse, et nous avons déjà interrogé une sixaine de sujets lorsque sur le suivant il nous fut impossible de trouver cet intestin. Ordinairement le côlon se découvre de suite qu'on a écarté les lèvres de l'incision, et le grand épiploon sert de conducteur. Quand on ne le trouve pas de suite, c'est qu'il est appliqué contre la colonne avec ce diamètre réduit que j'ai désigné sous le nom de corde colique, et alors l'iléon le cache. Ici on ne le trouvait nulle part et il n'y avait pas d'épiploon visible. Seule une dissection attentive permit enfin de le reconnaître. Je ne puis que rendre hommage à la description de M. Adenot et à l'interprétation que M. Jaboulay a donnée de cette dislocation en admettant que, en outre de la hernie rétropéritonéale, il y a une ectopie congénitale du côlon transverse. C'est cette ectopie qui donne à cette pièce un caractère unique, car dans les hernies de Freitz le côlon transverse a été jusqu'à présent toujours trouvé à sa place.

MYOCARDITE SEGMENTAIRE.

M. Jean ARTAUD, interne des hôpitaux, présente le cœur provenant d'un malade du service de M. le professeur Renault.

L'observation du malade se trouve consignée dans la thèse de M. Mollard. Comme antécédents, on relève de l'alcoolisme, une dysenterie légère, des fièvres paludéennes. Il présentait au cœur un souffle léger, systolique, médio-cardiaque, très variable. Il était porteur d'un œdème latent pré tibial, et présentait de l'albuminurie épisodique. Dimanche dernier, à la suite d'un refroidissement, le malade fut pris d'une oppression intense. Le cœur était devenu excessivement arythmique, on entendait aux poumons quelques râles de congestion, insuffisants pour expliquer l'anxiété du malade. On donne du champagne, de l'alcool, deux piqûres de caféine, et on fait de l'oxygène. L'état s'améliore, le pouls se relève; la dyspnée disparaît en partie.

Le lendemain soir, nouvelle rechute. L'arythmie est devenue aussi intense, et l'asphyxie est réapparue. De nouvelles injections de caféine (0 gr. 25 chaque), ne donne aucun résultat, et le malade succombe deux heures après.

A l'autopsie, le cerveau présente de l'athérome surtout à la terminaison des carotides internes et un léger œdème cérébral. Rien aux couches de Pitres.

Les poumons sont légèrement engoués aux deux bases, présentent quelques tubercules fibreux à leurs sommets.

Le foie est intact. La rate est légèrement tuméfiée et présente de nombreux chondromes périphériques.

Reins séniles.

Cœur : taches laiteuses en avant et en arrière du ventricule droit. Plusieurs points de péricardite nodulaire fibreuse sur l'oreillette du même côté.

Athérome léger de la base des valvules aortiques qui restent suffisantes pour fermer l'orifice.

Le myocarde présente à la coupe une teinte feuille morte et un aspect granuleux.

Les éléments cellulaires se désagrègent facilement, et la solution d'éosine aqueuse dans laquelle ils sont colorés prend l'aspect d'une émulsion.

L'examen microscopique révèle les signes de la myocardite segmentaire, diagnostic porté pendant la vie par M. le professeur Renaut.

M. RENAUT. Cet homme n'avait pas d'autres lésions que la myocardite segmentaire, et il n'y avait pas de myocardite interstitielle. Ce cas est un nouvel exemple de la vulnérabilité de ces malades : ici une bronchite à *frigore* a été la cause de la mort.

LES SELLES DES FÉBRICITANTS AU POINT DE VUE BACTÉRIOLOGIQUE.

M. BARD fait une communication à propos de recherches faites en collaboration avec M. Aubert, pharmacien de l'Antiquaille. Il a étudié au point de vue bactériologique les selles d'un fébricitant non atteint de fièvre typhoïde et dont la température depuis plusieurs semaines oscille aux environs de 39°.

Lesensemencements sur plaques et sur tubes d'Esmarck ont donné d'emblée des cultures pures ou à peu près pures. Les colonies sont composées de bacilles qui au premier abord paraissent avoir les caractères du bacillus coli communis. Or on sait que l'ensemencement des selles normales donne lieu à la production de toutes sortes de colonies dont quelques-unes liquéfient la gélatine.

Pourquoi, chez un fébricitant, peut-on avoir un bacille à peu près unique ?

On ne peut pas attribuer ce fait à l'alimentation, car ici il s'agit d'un tuberculeux qui n'est pas au régime du lait comme les typhiques. M. Rodet a montré que le bacillus coli communis résistait davantage que les autres à la température. La clinique semblerait confirmer cette notion de laboratoire. De plus, pour savoir quel pouvait être le rôle de la fièvre on a ensemencé du bouillon avec des selles nor-

males et on a placé les cultures dans l'étuve. Or, après trois jours passés à l'étuve à 39°, ces bouillons n'ont donné que deux bacilles.

Il semble que la température des fébricitants soit la cause de la purification des selles.

M. Bard se propose d'étudier l'influence de l'alimentation sur des brightiques soumis au régime du lait.

COMPRESSION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

M. LÉPINE présente un fragment de moelle qui est entourée d'une pachyméningite, mais n'a pas subi d'aplatissement notable.

Chez le malade porteur de cette lésion, les symptômes cliniques, entre autres, l'atrophie d'un bras avec anesthésie douloureuse, avaient fait porter le diagnostic de compression de la moelle et des racines. L'autopsie a montré une lésion moins considérable qu'on ne le supposait, car d'après l'examen des pièces on ne pourrait pas dire qu'il y ait eu une forte compression.

Ce fait paradoxal en apparence doit s'expliquer par la congestion des tissus vivants. Cette congestion en augmentant le volume des organes, était probablement la cause d'une compression plus considérable pendant la vie.

Chez ce malade il existait une telle inclinaison de la tête que l'on croyait à un écrasement d'une vertèbre. Cette lésion n'existait pas. Dans des cas analogues, l'intervention chirurgicale serait peut-être légitime.

DU SÉRUM DE CHÈVRE CHEZ LES PHTISIQUES.

M. LÉPINE fait une communication sur l'application à l'homme de la méthode de traitement de la tuberculose de MM. Héricourt et Richet.

Ces messieurs ont montré que l'introduction d'une cer-

taine quantité de sang d'un animal réfractaire à la tuberculose (chien), dans l'économie d'un animal tuberculeux (lapin), exerce une action retardante sur l'évolution de la tuberculose. M. LÉPINE a essayé de faire bénéficier les phthisiques de ces tentatives expérimentales en modifiant le procédé opératoire pour diverses raisons.

1° On ne pouvait pas infuser le liquide dans les veines à cause de la difficulté de l'asepsie.

2° Si l'on conservait les mêmes proportions, on ne pouvait faire des injections de 2 ou 3 kilogr.

3° On n'a pas injecté du sang, mais du sérum, car c'est le sérum qui a le pouvoir bactéricide.

4° On a choisi le sang de la chèvre et non du sang humain, qu'il résulte d'expériences faites en collaboration avec le docteur Michon, que le sérum de la chèvre est plus efficace que celui du sang humain pour les globules humains.

On a injecté 50 à 100 grammes de sérum par piqûres renouvelées tous les deux jours. Les injections ont été faites sous la peau.

Cette méthode est innocente : les résultats obtenus sont donnés ultérieurement.

M. ICARD demande si des injections ont été faites à domicile et si, dans ce cas, la température a été abaissée.

M. LÉPINE n'a pas encore d'observations probantes qui lui permettent de répondre à cette question.

ENTÉRECTOMIE AVEC ENTÉRORAPHIE.

M. Auguste POLLOSSON présente des pièces provenant d'une hernie gangrénée pour laquelle il a pratiqué l'entérectomie avec entéroraphie immédiate.

Le malade était un homme âgé de 39 ans, porteur d'une hernie inguinale qui datait de quatre jours et qui n'avait pu réduire. Les symptômes d'étranglement étaient aigus et ne devinrent accentués que le jour même de l'opération. Le malade fut admis à l'hôpital. La kélotomie fut immédiate.

pratiquée. La hernie contenait une grosse masse épiploïque et une anse intestinale volumineuse de couleur lie de vin, mais de consistance assez ferme. L'intestin n'était pas plus altéré au niveau du collet. Pendant les premières tentatives de réduction, il se fit une perforation qui donna issue à un liquide noirâtre. Cette perforation s'agrandit rapidement.

M. Pollosson se décida alors à faire l'entérectomie; l'anse fut attirée au dehors et sectionnée, tandis que les bouts étaient maintenus fermés par les doigts d'un aide. Le mésentère avait été préalablement lié avec des fils de soie, en deux pédicules.

La suture intestinale a été faite au catgut fin. On plaça 14 points suivant les règles indiquées pour le premier temps de la suture de Czerny. On plaça alors trois points de soutien fixés sur l'anse intestinale, à 2 centimètres environ de la section, serrés seulement au point d'empêcher l'écartement des bouts sectionnés, mais ne produisant pas un nouvel adossement de la surface séreuse de l'intestin. La longueur de l'anse intestinale réséquée est de 40 centimètres. L'épiploon hernié fut lié et réséqué et le tout fut introduit dans la cavité abdominale.

Le malade a guéri sans complications. La température a été de 38°,8 pendant les 36 premières heures; puis est restée pendant 7 jours entre 37° et 38°; à partir de ce moment elle est redevenue normale.

Pendant huit jours on donna chaque jour 10 centigrammes d'extrait de thébaïque et 5 centigr. pendant quatre jours. Le malade a rendu des gaz le troisième jour. Il a eu spontanément une selle solide le onzième jour. Malgré cela il fut purgé le douzième jour avec de l'huile de ricin, ce qui amena une évacuation abondante. Pendant les douze jours le malade fut alimenté avec du vin et du lait. A partir du cinquième jour, il buvait plus d'un litre de lait par jour.

M. Pollosson insiste sur l'utilité d'une suture qui n'adosse que 4 à 5 millimètres de l'intestin sectionné. Un adossement plus large risque de produire dans la cavité intestinale un diaphragme trop large et d'amener de l'obstruction, ce qui

a été fréquemment observé. On peut d'ailleurs compter pour assurer la solidité de la suture sur les adhérences péritonéales qui s'établissent très rapidement comme le montrent les autopsies.

M. A. Pollosson compare alors les indications de l'entérectomie et de l'anus contre nature dans les cas de gangrène intestinale. Il rappelle que, en dehors de la mortalité immédiate, l'établissement d'un anus contre nature donne une mortalité plus grande dans un laps de temps d'un mois ou deux, ce qui est dû à l'inanition relative des malades. Il pense que l'entérectomie suivie d'entéroraphie doit être pratiquée toutes les fois que le malade présente assez de force pour pouvoir supporter une opération d'une heure et demie de durée. On doit réserver l'anus contre nature pour les cas où la dépression des forces et l'état de collapsus ne permettent pas de penser que le malade pourra supporter une anesthésie et une opération relativement longue.

M. CHANDELUX se rattache aux conclusions de M. Pollosson : s'il existe un étranglement avec sphacèle total, il faut pratiquer une entéroraphie circulaire suivant la méthode de Czerny plus ou moins modifiée, mais ne pas faire d'anus contre nature. Il lui paraît préférable dans cette opération de pédiculiser le mésentère à peu de distance de l'intestin, au lieu de faire des lambeaux cunéiformes. On peut ainsi éviter d'intéresser des artères importantes. Il relate la guérison d'un malade opéré dans ces conditions.

M. L. TRIPIER est d'avis de toujours rapprocher les anses de l'ouverture abdominale par un fil de catgut, parce qu'on n'est jamais sûr de ne pas avoir de suppuration. Il insiste sur la nécessité d'éviter de mettre un fil de suture dans la muqueuse de l'intestin.

KYSTE DERMOÏDE DE L'OVAIRE.

M. Auguste Pollosson présente un kyste dermoïde de l'ovaire, opéré par M. le professeur Léon Tripier.

La malade était une femme de 44 ans qui n'a jamais eu de grossesses et dont les règles ont toujours été régulières et normales. Il y a huit ans, elle éprouva des douleurs

abdominales et lombaires qui durèrent six mois, mais ne l'empêchèrent pas de vaquer à ses occupations. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, elle ressentit brusquement des douleurs abdominales plus vives et vomit le premier jour. Elle consulta un médecin qui constata une tumeur dans le bas-ventre.

La tumeur est du volume d'une tête de fœtus à terme. Elle ne remonte pas tout à fait jusqu'à l'ombilic. Elle est médiane et siège entre la vessie et l'utérus. Ce dernier est rejeté en arrière, appliqué sur la tumeur, mais sa mobilité montre qu'il est indépendant. L'hystéromètre indique 8 centimètres pour la cavité utérine. La tumeur est d'une consistance ferme qui ne permet pas de reconnaître sa nature kystique.

On fait la laparotomie. L'épiploon est adhérent à la face antérieure de la tumeur; les masses épiploïques adhérentes sont prises dans des ligatures et sectionnées. La tumeur peut alors être mobilisée, on voit qu'elle est reliée à la trompe; le pédicule présente une torsion de plusieurs tours. On jette une ligature sur le pédicule et la tumeur est enlevée. On constate alors que l'utérus présente une augmentation de volume et contient un petit fibrome interstitiel.

La malade a guéri sans aucune complication.

M. Pollosson insiste sur la consistance ferme de la tumeur; il l'a constatée dans d'autres cas et pense qu'elle peut dans certains cas faire songer à la nature dermoïde du kyste.

M. CHANDELUX a opéré quatre sujets dermoïdes de l'ovaire et reconnaît qu'il est fréquent de les confondre avec les fibromes. Cependant la différence peut être faite sur un signe donné par la température qui dans le cas de kyste présente une certaine élévation. La malade s'aperçoit de son mal lorsqu'elle souffre; or à ce moment, dans la grande majorité des cas, il doit y avoir de la fièvre, parce que le kyste suit son évolution normale qui est de suppurer.

M. A. POLLOSSON. La température a été prise chez notre malade plusieurs jours avant l'opération. Il n'y avait aucune élévation de la température. M. Pollosson pense que l'élévation signalée par M. Chandelux est probablement en rapport avec l'inflammation ou la suppuration du kyste, qu'elle peut par conséquent être observée avec des kystes non dermoïdes. Il est peu probable que les kystes dermoïdes donnent lieu à de l'hyperthermie en dehors des cas où ils sont enflammés.

M. RENDU, dans les cas de kystes dermoïdes de l'ovaire qu'il a observés, n'a pas constaté d'élévation de la température avant l'opération. Le diagnostic peut être fait par les caractères du liquide retiré par la ponction.

M. CHANDELUX. La ponction abdominale doit être actuellement rejetée comme dangereuse.

M. L. TRIPIER est aussi opposé à la ponction à cause des accidents septiques qui peuvent en résulter.

L'HÉMATINE DANS L'ASPERGILLUS NIGER.

M. LINOSSIER annonce qu'il a extrait des spores de l'*aspergillus niger* un pigment qui présente des analogies frappantes avec l'hématine du sang, et qu'il considère comme une hématine végétale.

Il présente les mêmes caractères de solubilité que l'hématine; comme elle, il est azoté et ferrugineux, comme elle il a la propriété d'être réduit par l'hydrosulfite de soude, et le produit de réduction est, comme l'hématine réduite, très facilement oxydable par l'oxygène de l'air. Cette réduction, non plus que celle de l'hématine, ne se produit pas sous l'influence du vide et de la putréfaction.

M. Linossier poursuit l'étude de cette substance dont la découverte lui semble importante à plus d'un titre : en premier lieu, il est fort intéressant de constater chez des êtres vivants aussi différents que les animaux vertébrés et les moisissures la présence de pigments aussi analogues que le pigment de l'*aspergillus niger* et l'hématine.

En second lieu le caractère de cette substance, son analogie avec l'hématine nous permettent de supposer qu'elle remplit dans la spore de l'*aspergillus* un rôle respiratoire; or, jusqu'ici, on ne sait rien sur le rôle des pigments dans les spores des champignons.

M. Linossier poursuit l'étude de cette substance et des substances analogues qui peuvent être extraites d'autres champignons. Il termine en montrant une culture d'*aspergillus niger* dans laquelle il a empêché la formation de la

matière colorante en supprimant le fer dans le liquide nutritif.

POLYPE DU PHARYNX.

M. LAGOUTTE présente une pièce anatomique où l'on voit une tumeur polypeuse du pharynx.

Le malade porteur de cette affection était entré dans le service de M. Garel pour des troubles de la déglutition. Ceux-ci furent ensuite accompagnés de symptômes laryngés qui nécessitèrent la trachéotomie, et l'alimentation fut faite au moyen d'une sonde introduite par les fosses nasales. La mort est survenue 36 heures après l'opération.

L'autopsie a révélé une pneumonie suppurée du côté droit et une congestion du poumon gauche. Sur la paroi postérieure du pharynx est implantée une tumeur polypeuse plongeant en avant dans le larynx ; au-dessus de la tumeur les parois présentent des points indurés avec ulcérations de la muqueuse.

VACCINE CHEZ LE LAPIN.

M. BARD a essayé avec M. LECLERC de vacciner un lapin : les résultats ont été positifs. Le vaccin reporté sur le veau a été également positif. Le lapin est donc vaccinable. Le vaccin du lapin est plus riche en liquide que le vaccin du veau et se rapproche du vaccin de l'homme.

Ces résultats sont intéressants ; ils peuvent être utiles au point de vue de la reproduction et de la conservation du vaccin.

M. R. TRIPIER demande si toutes les vaccinations ont été positives.

M. BARD. Un lapin a eu une seule inoculation négative sur trois vaccinations. Chez les autres lapins, toutes les vaccinations ont été positives ; mais sur l'oreille le vaccin prend moins bien que sur le tronc ; son évolution est retardée, les pustules sont moins volumineuses.

M. CLÉMENT demande si la variole a été inoculée au lapin.

M. BARD répond que l'on est arrêté par la crainte de dissemmer, et qu'il faudrait faire cette inoculation dans un seringue.

ANÉVRYSME DE LA CROSSE DE L'AORTE

M. SIRAUD fait une communication sur un anévrysme disséquant de la portion intra-péricardique de la crosse de l'aorte avec rupture et mort foudroyante.

Pauline D..., âgée de 70 ans, est amenée par l'Hôtel-Dieu le 18 janvier. Cette femme a été trouvée dans la grande-rue de la Guillotière.

Entrée dans le service du docteur J. Drivon aux Femmes, elle fut immédiatement examinée par le service. La malade a repris connaissance et se plaint de frissons du froid et de violentes coliques; elle exhale une odeur d'alcool très prononcée.

Pâleur et refroidissement considérable des membres. Pas de troubles psychiques. État nauséux : hoquet et vomissements. Ceux-ci deviennent fréquents et persistent la nuit et durant le surlendemain.

Auscultation à peu près négative : quelques râles dans les deux poumons; respiration un peu d'emphysémateuse; aucune zone de matité à la percussion; le thorax est légèrement globuleux.

Au cœur il n'existe pas de bruits anormaux, murmure cordiale étendue du 2^e au 6^e espace intercostal; la matité un peu en dehors du mamelon gauche.

Le foie déborde les fausses côtes de deux travers environ; la température est nulle; les urines sont normales.

19 janvier. Persistance de l'état nauséux; les vomissements continuent, bien que plus rares. Absence de râles à l'auscultation. A 11 heures 3/4 de la nuit, la malade descend de son lit et meurt subitement.

AUTOPSIE : le thorax ouvert, on remarque un écartement du péricarde; incisé, il laisse échapper un

citrin au-dessous duquel s'étend un amas cruorique volumineux; des caillots hématiques remplissent et distendent la cavité intra-péricardique; ils recouvrent complètement le cœur; ces caillots enlevés avec soin pèsent 500 gr.

Le cœur apparaît gras et fortement hypertrophié dans sa moitié gauche. A l'origine de la crosse aortique on voit sur la portion antérieure une sorte de vaste ecchymose qui remonte jusqu'au point de réflexion du péricarde: il existe dans la portion centrale de cette ecchymose une déchirure qui donne accès dans une cavité formée aux dépens des tuniques externe et moyenne de la crosse et remplie de caillots sanguins. La partie inférieure de cette poche anévrysmale communique par un orifice assez large avec la cavité ventriculaire gauche: l'ouverture admet facilement un doigt; elle s'abouche dans le ventricule gauche exactement au niveau et en dehors des valvules sigmoïdes aortiques.

La crosse de l'aorte est disséquée par l'anévrysme sur une étendue de 4 à 5 cent. dans toute sa portion antéro-externe. Cette artère porte des traces de lésions athéromateuses; pas de lésions appréciables dans ses autres parties.

Du côté des autres organes: poumons emphysémateux, adhérents au sommet, sans autres lésions.

Reins scléreux pesant 150 gr. Foie gras et légèrement hypertrophié, son poids est de 1750 gr.

M. R. TRIPIER a examiné la pièce anatomique présentée dans la dernière séance par M. Siraud et relative à une rupture de l'aorte.

Cette rupture est située au-dessus de la valvule sigmoïde postérieure et empiète sur la sigmoïde droite.

L'orifice aortique mesure 10 centimètres.

Les deux valvules sigmoïdes droite et gauche sont le siège de lésions très accusées: leurs bords épaissis, recroquevillés, sont soudés à la partie antérieure. De cette disposition devait résulter une insuffisance; cela est d'autant plus probable qu'il existe une hypertrophie du cœur avec dilatation en besace du ventricule. La valvule sigmoïde postérieure, distendue, tendait à suppléer l'insuffisance; ses deux points d'insertion sont à une distance égale à celle qui sépare les ponts extrêmes des insertions des deux valvules réunies.

Dans l'aorte il n'y a pas d'altération apparente; cependant les parois sont amincies et on note une différence d'épaisseur plus grande que nor-

malement entre l'aorte ascendante et l'aorte descendante. On ne voit pas de plaques calcaires au niveau de la rupture, sur les bords de laquelle on ne trouve qu'un amincissement progressif. La tunique externe est soulevée par du sang; la tunique moyenne est recroquevillée.

Cette rupture peut s'expliquer ainsi : dans une insuffisance aortique la pression sanguine est diminuée, les chocs systolique et diastolique ont une force plus grande. Au moment de la diastole, le sang reçu dans la valvule postérieure a pu produire dans le sens longitudinal des tiraillements brusques et répétés qui ont provoqué la rupture.

Dans les observations analogues, les auteurs ont noté que la rupture de l'aorte a souvent lieu au-dessus des valvules sigmoïdes, et toujours dans le sens transversal. La compression, la colère ont été citées comme causes occasionnelles. Il n'est pas fait mention des lésions valvulaires, et le mécanisme peut n'être pas le même dans tous les cas; mais il faut admettre que l'insuffisance aortique prédispose à ces ruptures en raison du choc brusque de l'ondée sanguine. Cruveilhier accuse l'alcoolisme et la fragilité des artères. Mais on ne sait pas exactement à quelle lésion cela correspond; il ne s'agit pas de la dégénérescence graisseuse observée avec l'athérome.

On constate la rupture des tuniques interne et moyenne; le sang est répandu dans l'adventice, mais ce n'est pas un véritable anévrysme.

M. R. TRIPIER, encore à propos du procès-verbal, donne le résultat de l'examen histologique de la pièce présentée dans l'avant-dernière séance, sur une rupture de l'aorte.

Le microscope n'a pas révélé d'athérome. La tunique moyenne a subi un amincissement progressif; ses faisceaux atrophiés et dissociés sont séparés les uns des autres; et cette dissociation est d'autant plus marquée qu'on s'approche davantage du point rupturé. A ce niveau, l'extrémité de la tunique moyenne, recroquevillée, paraît nécrosée, et les fibres élastiques se continuent sur cette partie altérée.

La tunique externe est le siège d'une sclérose très légère.

Si on examine par comparaison une autre portion de l'aorte, on constate dans la portion descendante un peu d'athérome. Il existe des altérations graisseuses, principalement au niveau de la partie moyenne. La tunique interne est à peine épaissie, et la partie interne de la tunique moyenne présente une légère dissociation.

En somme, on comprend que la rupture ait pu être produite par des tractions mécaniques exercées dans le sens longitudinal, et cela explique la fragilité des artères invoquée par Cruveilhier.

SUR UN CAS DE NÉVRITE PÉRIPHÉRIQUE CONSÉCUTIVE
A L'INFLUENZA ;

Par le docteur BROSSET (de Gênelard).

La question de la pathogénie des névrites périphériques est à peine agitée depuis quelques années que les maladies infectieuses en revendiquent déjà la plus large part. D'abord signalées par Joffroy comme pouvant être consécutives à la variole, décrites histologiquement par le professeur Pierret dans un cas de tuberculose pulmonaire, ces névrites ont été observées ensuite dans la fièvre typhoïde par Bernhardt ; enfin dans la diphtérie par Charcot, Vulpian, Leyden, etc. Il est vrai que leur existence a été contestée par Erb, et leurs symptômes rapportés à des lésions médullaires. D'autres auteurs y ont vu une compression des racines des nerfs par une pachyméningite à leur sortie du canal rachidien ; mais, tout en admettant que des lésions de la moelle peuvent produire des symptômes analogues à ceux de cette affection, et que souvent même ces deux localisations infectieuses peuvent coexister, comme l'a démontré le professeur Pierret, à propos de la diphtérie, il est certain qu'il y a des déterminations névritiques exclusivement périphériques et nettement consécutives à des maladies infectieuses. Le cas que nous allons décrire, pour être exclusivement d'observation clinique, n'en n'a pas moins une très grande netteté à ce point de vue pathogénique.

Il s'agit d'une femme de 34 ans, de tout temps sujette à des névralgies dentaires, mais d'une bonne santé habituelle. Mariée à 19 ans, elle a eu trois enfants, dont l'un est mort à 28 mois d'une fluxion de poitrine ; les deux autres sont en bonne santé. Elle n'a jamais eu d'avortement, et on ne relève chez elle aucun antécédent rhumatismal ou syphilitique.

Le 5 février 1890, après une période prémonitoire de quinze jours de malaise, elle est atteinte d'une attaque fran-

che d'influenza qui se prolonge avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation jusqu'au 15 mars suivant.

Le mieux se maintient jusque vers le milieu du mois d'avril, époque à laquelle elle est obligée de se remettre au lit avec de la fièvre, une transpiration abondante et une inappétence absolue : elle changeait, dit-elle, plusieurs fois de chemise dans la nuit. Cette exacerbation était-elle une rechute d'influenza ou un début de tuberculose ? c'est ce que la suite des événements nous apprendra ; toujours est-il que bien auparavant, vers le 20 février, elle avait présenté le début des accidents névritiques que nous allons décrire.

Le 20 février, en effet, dix jours après le début de l'influenza, elle ressent des piqures dans la *main gauche*, comme si elle était traversée par des épines ; il n'y avait pas la moindre trace d'œdème ou de gonflement inflammatoire, pas de troubles trophiques, pas d'éruption comme dans le zona, mais les deux faces palmaire et dorsale de la main gauche étaient le siège de sueurs très abondantes. Comme phénomènes douloureux elle présentait principalement des picotements très intenses, quelquefois de véritables piqures et même des douleurs térébrantes ne siégeant que dans les parties molles : les os de la main n'étaient pas atteints. La fièvre continuait au dire de la malade, et la transpiration générale aussi bien que celle de la main atteinte était profuse.

Vers le 10 juillet 1890, des douleurs analogues se montrent dans la *main droite* et s'accompagnent des mêmes phénomènes. Vers la fin d'août, la malade est envoyée aux eaux de Bourbon-Lancy, où elle fait une saison de dix-sept jours seulement.

Quand elle revient, les sueurs des mains ont complètement cessé ; les nuits sont plus tranquilles, la malade ne se plaint plus de la fièvre. Néanmoins le mal continue ses progrès, et au commencement de novembre 1890, elle s'aperçoit de douleurs vagues dans les *pieds* accompagnées de gêne dans la marche pendant le jour et exaspérées par la chaleur du lit et le poids des couvertures pendant la nuit. Mêmes

phénomènes de transpiration et de douleurs lancinantes que pour les extrémités supérieures.

Actuellement, janvier 1891, les localisations de la névrite s'étendent aux quatre extrémités, mais principalement aux membres supérieurs et plus particulièrement aux mains. Celles-ci sont très amaigries, d'une couleur rosée; la malade les tient à demi-fléchies, l'extension complète exagérant notablement les douleurs névralgiques. Chose intéressante à noter, ces douleurs siègent surtout à la face palmaire des mains, de même d'ailleurs qu'à la face plantaire des pieds; toute la face palmaire est également douloureuse, bien qu'il y ait une atrophie plus marquée au niveau de l'éminence hypothénar et dans la sphère du nerf cubital. L'avant-bras est également diminué de volume, et l'on détermine par la pression une douleur très vive au niveau de la gaine du cubital vers l'épitrochlée.

Au toucher, les mains sont froides: la malade les approche continuellement du feu. Il n'y a plus de transpiration depuis la saison qu'elle a faite à Bourbon-Lancy.

Parfois lorsque la malade est émotionnée, les extrémités supérieures sont agitées de tremblement manifeste.

La force musculaire est notablement diminuée; la préhension et le serrement des objets dans les mains sont d'ailleurs accompagnés des plus vives douleurs.

Il n'y a pas de troubles de la coordination. Les mouvements s'exécutent avec beaucoup de lenteur et de difficulté; les tendons et les gaines tendineuses immobilisées par la douleur fonctionnent très imparfaitement; mais il n'y a pas de véritables contractures.

Les réflexes sont manifestement diminués au niveau des parties atteintes.

En résumé, nous rencontrons chez cette malade les phénomènes suivants *comme troubles sensitifs*, des névralgies des parties molles de la paume des mains et de la plante des pieds sous forme de douleurs *térébrantes*, et une diminution des réflexes; *comme troubles moteurs*, une diminution notable de la force musculaire et des phénomènes de rigidité

tendineuse; *comme troubles trophiques et vaso-moteurs*, des sueurs anormales au début, de l'atrophie musculaire, de l'amincissement de la peau.

La coexistence de tous ces symptômes siégeant à la périphérie des quatre membres nous paraît suffisante pour établir le diagnostic de névrite périphérique, et pour écarter toute idée d'une affection médullaire. On peut, en effet, suivant Leyden, admettre la névrite lorsqu'on peut la rapporter à une cause connue, lorsque les réflexes sont abolis, que la réaction de dégénérescence et l'atrophie musculaire surviennent rapidement, que les nerfs sont douloureux sur leur trajet, qu'il existe enfin des troubles de la sensibilité. Au contraire, ajoute-t-il, la présence de douleurs en ceinture, de troubles génito-urinaires, d'eschares précoces, d'une atrophie musculaire indolente, de lésions papillaires (atrophie grise), de troubles viscéraux et de troubles pupillaires (signe d'Argyll, Robertson) plaident en faveur d'une affection médullaire.

Le diagnostic ne paraît donc pas devoir faire de doutes : c'est bien une localisation infectieuse portant sur les nerfs périphériques. Quelques observations analogues ont d'ailleurs été publiées depuis l'épidémie d'influenza de 1890 ; c'est ainsi que nous croyons devoir interpréter le cas suivant rencontré à la clinique du professeur Potain et dont nous trouvons le compte-rendu succinct dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* de 1890 :

« Une femme d'une bonne santé habituelle a été prise quelques semaines après une atteinte de grippe forte, mais courte, de douleurs siégeant dans le membre supérieur, douleurs qui, à différentes reprises, ont amené des attaques de nerfs avec perte de connaissance. Ces attaques, qui ne s'étaient jamais produites jusque-là, paraissent avoir été des attaques d'hystérie. Quant à la douleur qui, après avoir été variable, est devenue fixe et précise dans sa localisation, elle revêt la forme d'une névralgie avec analgésie occupant exactement la distribution du nerf radial, ainsi que celle du brachial cutané externe, et cela sans qu'il y ait de paralysie

musculaire. Sur le trajet du tronc même du radial on produit de la douleur à la pression comme on le fait pour la névralgie sciatique. »

Ainsi présentée, cette observation semble indiquer à première vue un cas de névrite consécutive à la grippe. Le professeur Potain admet, en effet, que celle-ci n'y est pas étrangère et qu'elle a eu sûrement une action provocatrice ; mais elle ne serait intervenue qu'à titre de facteur tout à fait secondaire. Cette femme, ajoute-t-il, habitait un logement humide, elle avait l'habitude de dormir les bras hors du lit, exposée à un froid continu ; c'est à la persistance du froid et à sa localisation qu'il faut attribuer cette névralgie radiale, qu'il regarde comme de nature rhumatismale ; il s'agit, suivant le professeur Potain, d'un rhumatisme du plexus brachial avec prédominance sur le nerf radial. La grippe n'a été que la cause provocatrice agissant sur un sujet rhumatisant.

Quant aux crises d'hystérie survenues dans le cours de cette affection, elles auraient été plutôt une conséquence qu'une des causes de la névralgie. Ni l'infection palustre, ni la compression, ni le traumatisme, ni les efforts musculaires ne pouvaient être incriminés.

Or, peut-on se demander, en présence d'une histoire clinique aussi précise que celle de cette malade, est-il besoin d'aller chercher une autre influence que celle de la grippe infectieuse dont les déterminations névritiques paraissent être absolument semblables à celles de toutes les maladies microbiennes ? Nous sommes en présence d'une attaque de grippe, après laquelle survient sans interposition d'aucune influence pathogénique notable, sans antécédents pathologiques, une localisation nettement délimitée au nerf radial, avec des points douloureux comme dans la sciatique, en somme une névralgie périphérique à détermination fixe et précise, comme il s'en produit après la plupart des maladies infectieuses. N'est-il pas logique d'admettre tout simplement qu'il s'agit comme dans notre cas d'une détermination ner-

veuse causée par une maladie dont la nature est parfaitement reconnue ?

Pourrait-on encore en faire une manifestation en se basant sur ce fait que la malade a présenté de nombreuses attaques hystériques ? Mais, outre qu'elle n'avait pas d'antécédents de cette nature, il est admis que cette névrose peut être provoquée par des maladies aiguës ; le professeur Grasset a rapporté plusieurs cas d'hystérie consécutive à la grippe. Dans le cas actuel les douleurs névralgiques étaient parfaitement susceptibles, par suite de leur intensité, de provoquer des crises nerveuses, tout comme on observe à la suite des coliques hépatiques et bilieuses. Tout au plus peut-on admettre qu'une hystérie influencée d'une maladie infectieuse, est plus exposée à présenter des complications du côté du système nerveux. La prédisposition nerveuse doit évidemment être prise en compte ; c'est ainsi que notre malade souffrait de névralgies dentaires très fréquentes et très intenses.

En somme, si nous comparons ce cas à celui que nous avons relaté plus haut, nous leur trouvons de nombreuses ressemblances. C'est manifestement la grippe qui a joué un rôle important en cause dans notre observation ; c'est elle qui a joué la plus grande part dans l'étiologie de ces crises, comme le professeur Potain.

En est-il de même pour le cas suivant que nous avons l'occasion d'observer il y a quelque temps ?

Une petite fille de 10 ans, dont les parents ont été atteints de maladie indéterminée, présente depuis 6 ans (époque où elle a eu la coqueluche) de nombreuses crises de modiques du côté du diaphragme et des muscles de la respiration.

Ces crises paraissent être au point de vue physiologique une reproduction des quintes de son asthme ancien. Elles reviennent à plusieurs reprises dans la journée et sont composées d'une série d'inspirations convulsives suivies de vibrations plus ou moins rauques.

cales. A voir l'enfant, sans être prévenu sur les antécédents, on se croirait en présence d'une dyspnée croupale ou d'une laryngite striduleuse. La période d'expiration est très incomplète, tandis que les inspirations sont profondes, convulsives et saccadées ; tout cela, jusqu'à ce que tout d'un coup, sans période de décroissance progressive, le spasme diaphragmatique cessant, deux ou trois petits efforts de toux rauque expulsent l'air de la poitrine et terminent brusquement l'accès. La respiration recouvre alors son rythme normal ; l'enfant retombe dans un calme absolu.

Ces accès se renouvellent souvent deux à trois fois par jour, et durent chacun une ou plusieurs heures.

En présence d'une telle symptomatologie, ne dirait-on pas qu'il s'agit de crises hystériques réveillées par une maladie essentiellement spasmodique chez une personne prédisposée ?

Cette question est, en effet, très discutable ; mais, si l'on songe que la coqueluche est une maladie infectieuse, que cette enfant n'a jamais présenté avant sa coqueluche de phénomènes hystériques, ne pourrait-on pas admettre qu'une détermination nerveuse a pu se produire du côté des nerfs phréniques et des autres nerfs inspireurs, de manière à entraîner des phénomènes spasmodiques aussi persistants. Nous ajouterons que le traitement par la belladone et le bromure associés n'a produit qu'une amélioration peu sensible, et nous nous demanderons si, en présence de cet insuccès de deux médicaments essentiellement anti-hystériques, il ne faut pas plutôt songer à une inflammation du côté du nerf phrénique.

C'est une question que nous posons ici sans avoir la prétention de la résoudre. En tous cas il nous a paru intéressant de comparer cette complication nerveuse survenue après une maladie qui a beaucoup de rapports avec la grippe ; d'autant plus que les névrites des nerfs viscéraux du pneumogastrique entre autres ont été déjà notées par quelques auteurs à la suite des maladies infectieuses.

NOTE SUR L'EMPLOI DE LA NOIX DE KOLA
DANS UN ACCOUCHEMENT ;

Par M. le docteur CHAMBARD-HÉNON.

J'ai l'honneur de présenter à la Société des sciences médicales l'histoire d'une accouchée qui m'a paru intéressante à deux points de vue, savoir comme symptômes rares et comme traitement.

M^{me} X..., boulevard des Brotteaux, a 28 ans, une bonne santé habituelle, une forte constitution ; mariée depuis cinq ans, elle a eu quatre grossesses. Elle a nourri deux de ses enfants, elle commence l'allaitement du quatrième. Pendant toute cette période de temps elle n'a eu que des indispositions légères.

Les bruits du cœur sont normaux, le rythme en est régulier, rien dans l'examen de cet organe ne peut faire prévoir ce que je vais exposer. Sa première grossesse a pris terme le 20 mars 1886 ; présentation O I G, après des douleurs de dilatation, les douleurs d'expulsion se prononcèrent très franches et très énergiques, elles étaient alors accompagnées de demi-syncope ou plutôt d'un état syncopal très pénible pour la malade ; les bruits du cœur étaient faibles, le rythme lent et irrégulier, le pouls mou, fuyant, disparaissait par instant ; la face de la parturiente était noire, les lèvres rouge sombre. Je fis donner de l'air à la malade, j'essayai d'agir sur son moral ; je fis respirer du vinaigre ; après trois heures de cet état, la malade mit au monde un enfant en état de mort apparente, qui se mit cependant à respirer et à crier après quelques flagellations. Cet enfant est actuellement vivant et bien portant.

Je mis ces accidents sur le compte de l'état nerveux et sur la violence des douleurs expulsives. On comprend bien, en effet, que si une violente douleur peut, par action réflexe, amener une syncope, les douleurs de l'accouchement peuvent, quand elles sont très fortes, amener le même phéno-

mène chez une personne nerveuse et impressionnable ; mais ce qu'il y a de particulier chez M^{me} X..., c'est que dans les trois autres accouchements qui ont suivi celui-là, chaque fois elle a présenté ces syncopes.

A la deuxième couche, le 15 juillet 1887, je fus appelé auprès de ma cliente que je trouvais avec une dilatation presque complète ; présentation O I G ; j'eus à peine le temps de faire la toilette antiseptique que déjà les douleurs d'expulsion commençaient. La tête du fœtus était presque sur le plancher du bassin. Je revis alors les syncopes du premier accouchement ; surpris et inquiet, j'envoyai chercher mon forceps et je pris pour la mère les mêmes précautions que la première fois ; avant que j'aie pu avoir mes fers, M^{me} X... mettait au monde un enfant mort-né. Ce fœtus était en état d'asphyxie blanche, la tête ballante, les muscles relâchés ; tout le petit corps dans un état d'affaissement, pas de bruit du cœur, pas un mouvement de la face ou des ailes du nez, pas une goutte de sang au cordon ; flagellation, respiration artificielle bouche à bouche, chaleur, frictions, boire chaud ; j'ai lutté près d'une heure sans obtenir le moindre signe de vie.

Les suites de couches ont été des plus simples.

Instruit par cette triste expérience je m'étais promis, si une troisième grossesse se présentait, de ne pas me trouver pris ainsi au dépourvu.

Le troisième accouchement eut lieu le 27 janvier 1889. L'accouchement se fit promptement, toujours avec des syncopes ; l'enfant, une fille, vint au monde un peu asphyxiée et fut promptement ramenée à la vie par la flagellation.

J'avais sous la main mon forceps, un ballon d'oxygène, une machine électrique, des sels anglais.

Je n'ai pas eu à intervenir avec mon petit arsenal.

Le 2 février 1891, quatrième accouchement. Cette fois, tout en ayant pris les mêmes précautions, j'avais fait prendre à ma malade des pastilles de chocolat à la noix de kola ; ma malade en a bien croqué une vingtaine depuis les premières douleurs jusqu'à l'issue de l'enfant. Elle n'a pas eu une seule

syncope, elle était gaie, courageuse et son enfant a fait son entrée dans le monde en poussant le cri classique et que chacun de nous connaît.

J'attribue cet heureux résultat à l'action de la kola, qui a agi comme tonique du cœur et névrosthénique.

J'ai fait quelques recherches bibliographiques dans les principaux traités d'accouchement sur les mort-nés par l'état syncopal de la mère pendant le travail.

Soulier regarde la chose comme théoriquement possible et dit qu'il ne connaît aucun fait, aucune observation qui en prouve la réalité.

Charpentier, Chantreuil, Doléris, Delore n'en parlent pas. Cazeau parle surtout du collapsus, post-partum.

Nægelé et Velpeau attribuent ces syncopes aux douleurs excessives, à la nervosité, aux émotions morales, à l'air confiné, à la chaleur; ils ne disent pas quelles conséquences peuvent avoir les syncopes sur la vie de l'enfant; cependant ils conseillent de terminer rapidement l'accouchement en suivant les règles de l'art.

Je crois avoir apporté deux faits nouveaux : une observation de mort du fœtus par l'état syncopal de la mère et l'heureuse action de la kola sur le cœur d'une femme aux douleurs et disposée aux syncopes.

CAS D'ÉCLAMPSIE TRÈS GRAVE, SANS ALBUMINURIE, CONSÉCUTIF A L'ACCOUCHEMENT; CRISES SUBINTRANTES; INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ÉTHER; GUÉRISON;

Par M. le docteur PERRON (de Sennecy-le-Grand).

Femme P. L..., 20 ans, primipare. Pas d'antécédents personnels; pas d'antécédents héréditaires.

Bonne santé habituelle; grossesse normale. La malade a été souvent exposée au froid pendant les derniers temps de sa grossesse. Accouchement normal. Pas d'albumine dans les urines.

Le 15 janvier dernier, à dix heures du soir, une heure après la délivrance, la malade est prise d'une première crise d'éclampsie; perte de la connaissance et de la sensibilité, mouvements convulsifs de la face, du tronc et des membres, dyspnée considérable due aux spasmes des muscles de la respiration. Je prescris une potion au chloral avec la formule suivante :

Chloral.	4 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères .	40 —
Eau	80 —

A prendre par cuillerées à bouche toutes les heures. Je fais appliquer la moutarde aux jambes.

Pendant toute la nuit les crises se renouvellent d'heure en heure.

Rappelé une seconde fois au milieu de la nuit, je fais placer six sangsues derrière chaque oreille; mais ces sangsues sont déplacées par les mouvements incessants de la malade, et ne peuvent prendre.

Appelé une troisième fois vers quatre heures du matin, je fais au bras une saignée d'environ 200 gr. La saignée paraît calmer légèrement la malade, mais les crises recommencent une heure après.

A huit heures du matin, la malade ne peut plus supporter la potion au chloral. Elle rend chaque cuillerée aussitôt après l'avoir prise. Je prescris alors le chloral en lavements, à la dose de 2 grammes toutes les deux heures.

A ce moment, un confrère appelé en consultation porte un pronostic des plus sombres, confirme mes prescriptions et y ajoute des inhalations de chloroforme. Forcés de nous absenter pour des courses de campagne, nous confions l'administration du chloroforme à la sage-femme en lui recommandant la plus grande prudence. La sage-femme craignant d'outrepasser nos ordres ne fait inhaler en 6 heures que 8 grammes de chloroforme.

Les crises, qui de huit heures du matin à midi s'étaient reproduites environ toutes les demi-heures, deviennent subintrantes de midi à quatre heures.

Les yeux sont convulsés, la bouche est tordue, le tronc et les membres sont agités de secousses presque continuelles. La dyspnée est extrême; la malade est suffocante et cyanosée; la respiration est stertoreuse; parfois elle s'arrête pour reprendre au bout d'un instant.

Le cœur est rapide, mais ne présente pas d'intermittences. La peau est très chaude, mais sèche. Il est évident que la malade va mourir d'un moment à l'autre par arrêt de la respiration.

C'est alors qu'en désespoir de cause, je fais une injection sous-cutanée d'éther avec la seringue de Pravaz pleine.

Quelques minutes après, la respiration devient moins embarrassée, plus régulière; de stertoreuse elle devient calme et les crises subintrantes cessent comme par enchantement. Encouragé par ce succès, je fis un quart d'heure après une seconde injection d'éther, puis une troisième deux heures après.

Les crises qui avaient cessé après la deuxième injection d'éther n'ont pas reparu, et la malade entra bientôt en convalescence, mais conserva pendant quelque temps de l'obnubilation des idées.

Actuellement elle a repris son travail.

Ce cas nous a paru intéressant surtout par le succès des injections d'éther après l'échec des médications précédemment employées.

PHTISIE TRAITÉE PAR LE SÉRUM DE CHÈVRE.

M. BERTHET présente un malade du service de M. le professeur Lépine. C'est un tuberculeux traité par des injections de sérum de chèvre.

M. LÉPINE. Il s'agit d'un homme atteint de tuberculose pulmonaire avec emphysème. Les crachats renferment le bacille de Koch. La présentation de ce malade n'a pas d'autre but que de permettre de l'examiner pour qu'on puisse juger dans quelques semaines du résultat obtenu par le traitement. M. Lépine ne sait encore rien au point de vue du bénéfice

que les malades peuvent retirer de cette thérapeutique, mais il insiste sur la méthode qu'il convient d'employer.

Les injections de sang sous la peau produisent des accidents locaux.

Les injections abondantes de sérum sous la peau sont douloureuses.

D'autre part, les injections de sang dans les veines occasionnent de la douleur, phénomène qui ne se produit pas lorsqu'on fait une injection intra-veineuse de sang humain. Au contraire, on peut injecter 150 cent. cubes de sérum dans les veines. Il suffit d'avoir l'appareil nécessaire : un fin trocart entre facilement dans la veine, et l'injection est faite sans difficulté, sans douleur.

CORPS ÉTRANGER DE L'ŒIL.

M. ROSSIGNÉUX présente une pièce anatomique. Il s'agit d'un œil crevé par un coup de corne. Le traumatisme a déterminé des lésions multiples et rares, entre autres une luxation sous-ténonienne du cristallin.

M. DOR. En général, dans les accidents de cornes de vache, c'est la partie supéro-interne de la cornée qui cède, et il se produit une luxation sous-conjonctivale du cristallin. Ici la rupture s'est faite à l'équateur, elle a par conséquent un siège anormal. Quant à la luxation en arrière du cristallin elle ne peut être que supposée.

Le décollement du corps ciliaire est un fait rare et intéressant.

M. GRANDCLÉMENT n'a jamais vu le décollement du corps ciliaire.

NOEUD DU GORDON OMBILICAL ; MORT DU FOËTUS.

M. le docteur Paul BERNARD, chef de clinique à la Faculté de médecine, présente en son nom et en celui de M. Nové-Josserand, interne du service, un fœtus de 7 mois environ qui a été expulsé mercredi dernier par une des malades en traitement dans le service de M. le professeur Gailleton. Ce fœtus, légèrement macéré, et dont la mort paraît remonter à 6 ou 8 jours environ, présente comme particularité intéressante un nœud simple, suffisamment serré, et occupant la région moyenne du cordon. Il n'y a rien de spécial à noter du côté du fœtus et de ses annexes.

L'existence de nœuds sur le trajet du cordon n'est pas un fait rare; d'après Hecker, cité par MM. Delore et Lutaud, on les rencontrerait une fois sur 185 accouchements. Mais, pour la presque totalité des auteurs, les nœuds du cordon n'entraînaient par eux-mêmes aucun trouble dans la circulation du fœtus et ils considèrent comme très rares les cas où la mort peut leur être attribuée. Tarnier, entre autres, a fait des expériences, desquelles il résulte que trois nœuds sont nécessaires pour empêcher la circulation dans le cordon.

Dans le cas qui nous occupe nous ne trouvons aucune cause capable d'expliquer la mort du fœtus et l'avortement. La femme était entrée dans le service pour des végétations simples de la région vulvaire; elle n'est pas syphilitique. Durant sa grossesse, elle n'a pas fait de chute, et n'a éprouvé ni traumatisme, ni émotions violentes. Nous sommes donc portés à croire que la mort du fœtus est la conséquence du nœud qui s'est formé sur le trajet du cordon ombilical. Ce qu'il y a de certain, c'est que ce nœud a entraîné des troubles circulatoires : il n'y a pour s'en convaincre qu'à jeter les yeux sur la pièce que nous présentons et à remarquer le contraste qui existe entre les deux portions du cordon : la portion placentaire qui est le siège d'une vive congestion et la portion fœtale qui est décolorée et anémique. C'est la constatation de ce fait qui nous paru intéressante et qui nous a engagé à présenter cette pièce à la Société des sciences médicales.

CONTAGION DE LA STOMATITE MERCURIELLE.

M. DIDAY lit une observation en faveur de la contagion de la stomatite mercurielle.

M L. TRIPIER demande si la personne contaminée avait les dents saines.

M. DIDAY. On affirme que les dents étaient saines auparavant; mais on pourrait, à priori, croire à l'existence de quelque altération légère ayant servi de porte d'entrée.

SUR LE POUVOIR GLYCOLYTIQUE DU SANG.

M. LÉPINE, en collaboration avec M. BARRAL, a fait de nouvelles recherches sur le pouvoir glycolytique du sang chez l'homme.

Pour établir le pouvoir glycolytique on dose le sucre du sang au sortir du vaisseau. Puis après avoir conservé ce sang pendant une heure à une température de 38° ou 39°, on fait un second dosage. On sait que chez le chien ce second dosage décelait une diminution du quart ou du tiers de la quantité de sucre. La même détermination a été faite chez l'homme dans les conditions où la saignée pouvait être pratiquée, chez des urémiques, des pneumoniques. Chez ces derniers, au bout d'une heure, le sang a perdu au moins le quart de son sucre, comme à l'état normal ; mais chez un malade atteint de pneumonie double, la perte du sucre était moindre ; en d'autres termes, le pouvoir glycolytique était diminué, ce qui n'est pas extraordinaire, ces messieurs ayant antérieurement trouvé que l'acide carbonique diminue le pouvoir glycolytique.

M. Lépine a déjà dit que dans le diabète le pouvoir glycolytique est diminué. Or chez plusieurs diabétiques le pouvoir glycolytique était représenté par les chiffres 3 ou 4 (au lieu de 25 ou 30).

Une malade du service, atteinte d'acromégalie, est actuellement glycosurique.

On a dit que cette glycosurie guérissait par le régime. Dans le cas présent on n'a pas obtenu la guérison par le régime, et le pouvoir glycolytique est de 2 à 3 %. Cette femme est dans les conditions d'une diabétique grave : le pouvoir glycolytique a une certaine importance au point de vue du pronostic.

En somme, les expériences faites dans six cas démontrent ce qui a été annoncé depuis dix-huit mois.

Cette communication a également pour but d'affirmer que le pouvoir glycolytique est bien un ferment et non pas une

propriété des tissus ou du sang, comme cela a été dit dernièrement. En effet, si on lave les globules avec de l'eau salée à 7 ‰, cette eau, après le lavage, a un pouvoir glycolytique plus grand que le sérum. Il s'agit donc bien d'un ferment soluble, qui est entraîné par l'eau de lavage.

La découverte du ferment glycolytique est aujourd'hui achevée. Les deux points mis en évidence par cette communication reposent sur des faits et non sur des hypothèses.

SUR LE MÉTAMIDOPHÉNYLPARAMÉTHOXYCHINOLIN.

M. LÉPINE parle d'une nouvelle substance, le métamido-phénylparaméthoxychinolin, qui, d'après ses inventeurs, par ses propriétés thérapeutiques se rapprocherait de la quinine.

Cette substance se donne à petite dose de 0,25 à 0,50 centigrammes. Elle n'est pas toxique.

Chez un malade atteint de malaria, une dose de 0,25 cent. a coupé l'accès de fièvre, et celui-ci ne s'est pas reproduit. De plus, dans ce cas, le malade prétend être rebelle à la quinine.

Ce médicament a été sans action chez un phtisique, et n'a pas abaissé non plus la température d'un pneumonique chez lequel la quinine a agi. Il est donc certainement inférieur à la quinine. D'après le fabricant, il n'a pas de pouvoir antiseptique.

AUTOPSIE D'UN SUICIDÉ.

M. Jean ARTAUD, interne des hôpitaux, présente les pièces anatomiques d'un malade du service de M. le professeur Renaut.

Le diagnostic porté était : hémorrhagies cérébrales renouvelées, hémiplégie gauche, albuminurie. Cause de la mort : suicide.

On notait dans ses antécédents de l'impaludisme, une dothiéntérie. Pas de syphilis, ni d'alcoolisme.

Le malade présenta successivement, en 1888 et en 1890, deux attaques d'apoplexie avec perte de connaissance et paralysie incomplète du côté gauche, accompagnés de troubles de la parole.

Depuis trois ans environ, la malade se plaignait de violents maux de tête, de vertiges, de brouillards visuels. Il était très oppressé. Les urines contenaient une dose massive d'albumine.

Entré au Perron en août 1890, il eut en septembre une crise d'urémie qui nécessita une saignée.

Au dire de sa femme, au début de ses troubles cérébraux et visuels il aurait cherché plusieurs fois à se détruire, soit en essayant de se jeter à l'eau, soit en essayant de se jeter par la fenêtre. A l'hospice du Perron il fut surpris une nuit au moment où il enjambait une fenêtre, et ne parut pas à ce moment, agir sous l'empire de sa raison.

Enfin mercredi dernier, le 5 février, il échappa à la surveillance dont il était l'objet, et se précipita dans le vide d'une hauteur d'environ 12 mètres.

La mort fut instantanée. Quand on le releva le cadavre présentait une large ecchymose des régions orbitaire et temporale droites, accompagnée d'un écoulement sanguin par l'oreille et la narine du même côté. Un énorme emphysème entourait le thorax en cuirasse.

A quelques centimètres au-dessous du mamelon gauche, on voyait sept à huit coupures de 12 à 15 centimètres superficielles, transversales, montrant que le malade avait essayé de se frapper avec un couteau avant de sauter par la fenêtre.

Autopsie : Épanchement sanguin considérable décollant le cuir chevelu de la surface osseuse.

Squelette : Voûte crânienne présentant une fêlure suivant indirectement la suture sagittale et s'irradiant les fosses temporales et l'occiput.

Disjonction complète entre le temporal, le frontal et le pariétal droits.

A la base du crâne, on trouvait une fracture parallèle à l'axe du rocher droit.

La colonne cervicale présentait une luxation des vertèbres moyennes et une fracture de plusieurs apophyses épineuses des régions dorsale et lombaire.

Fracture de la clavicule droite. Fracture également des sept premières côtes gauches à l'union de leur quart antérieur avec leurs trois quarts postérieurs, et à droite de toutes ces côtes au niveau de leur col.

Rien au bassin, aux membres supérieurs et inférieurs, sauf à gauche où on relève une fracture complète du tiers inférieur de la jambe.

Cerveau : Pas d'adhérence des méninges ; épanchement sanguin abondant surtout à droite. Quantité de sang peu abondant dans les ventricules latéraux. A la coupe, on trouve à droite le foyer de l'ancienne hémorrhagie. C'est une petite cavité du volume d'une noisette, contenant une substance gélatineuse d'une couleur ocre jaune et située à la partie postérieure de la capsule interne et de la substance grise du noyau lenticulaire.

Bulbe, circonvolutions et cervelet intacts.

Reins plutôt volumineux et blancs ; dégénérescence graisseuse et kystique ; sclérose de la substance corticale.

Foie et poumon normaux. La rate présente de la péri-splénite.

Le péricarde était ouvert, on remarquait un épanchement de sang abondant dans la cavité pleurale droite.

Cœur volumineux et gras. Pas de plaques athéromateuses. Rien aux valvules.

La chute a déterminé une rupture du muscle cardiaque. On voit le ventricule droit largement ouvert par une fente dont les lèvres sont déchiquetées comme si elles étaient dues à un déchirement.

Des orifices semblables se remarquent également sur les

oreillettes droite et gauche et permettent une communication entre ces deux cavités.

M. R. TRIPIER. Dans l'exposé de l'examen clinique de ce malade on a dit incidemment que l'on avait songé à la possibilité de l'existence d'un rétrécissement mitral. D'autre part, M. Artaud, dans l'énumération des lésions trouvées à l'autopsie, a signalé l'hémorrhagie cérébrale, mais a omis de dire si l'orifice mitral était rétréci. Or, ce point est intéressant, car ces deux lésions ne coexistent jamais. Tout au moins M. Tripier n'a jamais vu l'hémorrhagie cérébrale survenir chez un sujet atteint de rétrécissement mitral.

M. ARTAUD répond que chez son malade les orifices du cœur étaient sains.

M. RENAUT, à propos du procès-verbal et des pièces anatomiques présentées par son interne M. Artaud dans la dernière séance, insiste sur l'intérêt de cette observation au point de vue médico-légal. Cet homme a fait plusieurs tentatives de suicide : au moment où il allait se précipiter par la fenêtre, il est retenu et tombe en arrière ; mais cette chute est le résultat d'une paralysie produite au même instant par une hémorrhagie cérébrale. Plus tard, cet homme fait une nouvelle tentative de suicide avec un couteau, mais ne se fait que des blessures légères, des scarifications au niveau du cœur. S'il s'était agi d'un crime passionnel, l'auteur arrêté, après s'être fait ces scarifications, aurait été accusé d'un simulacre. Cependant le genre des blessures n'était dû qu'à l'inexpérience de l'individu, car celui-ci, bientôt après, renonçant à l'instrument tranchant, se suicidait en se précipitant par la fenêtre.

Chez ce même malade on avait au début discuté le diagnostic de rétrécissement mitral, qui d'ailleurs avait été résolu par la négative. Mais s'il est de notoriété que le rétrécissement mitral ne coïncide pas avec l'hémorrhagie cérébrale, on doit en clinique enregistrer les signes perçus et ne pas refuser un diagnostic à cause de l'antagonisme. Une combinaison peut être rare, mais il ne faut pas conclure à son impossibilité. En pathologie on a dit pendant longtemps que les cirrhotiques n'avaient jamais d'ictère, et avant les faits publiés par M. le professeur Renaut, on ne connaissait pas la fièvre qui peut accompagner la colique saturnine.

D'autre part, M. Renaut a eu l'occasion d'observer une forme particulière de rétrécissement mitral : chez deux malades bossus on avait entendu tous les signes du rétrécissement mitral. Or, à l'autopsie, l'orifice était sain ; mais le cœur comprimé par un rachitisme infantile, avec scoliose très accusée, était rétréci par compression.

M. R. TRIPIER a dit dans la dernière séance que les deux lésions, rétrécissement mitral et hémorrhagie cérébrale, s'excluaient. Si, en examinant un malade, on pense à une de ces deux affections, il faut abandonner l'autre.

Cette assertion ne peut pas être combattue par les exemples que donne M. Renaut. L'ictère dans la cirrhose, la fièvre dans le saturnisme, sont aujourd'hui des faits classiques, rapportés dans les livres. Il n'en est pas de même de l'antagonisme précité, car il n'existe pas d'observation contradictoire avec autopsie.

M. RENAUT. La question ne pourrait se résoudre que par des faits; mais en clinique on ne doit pas dire *jamais*.

M. R. TRIPIER. Chacun doit faire part ici de son observation personnelle. Or parmi les nombreux documents recueillis il n'existe pas d'exemple où cette loi ait été démentie. Pour prouver le contraire, il faut apporter des cas avec autopsie.

KYSTE PROLIFÉRANT DE L'OVAIRE.

M. RENDU présente les pièces anatomiques d'un kyste proliférant de l'ovaire gauche, du volume d'une tête d'adulte, accompagné d'*ascite considérable* et de fièvre, qu'il a opéré avec succès il y a huit jours. Les suites ont été des plus simples et la malade est en voie de guérison. — Il avait déjà, il y a trois ans, pratiqué sur elle une ovariectomie pour un kyste volumineux et à développement rapide de l'ovaire droit. Dans l'intervalle elle s'était très bien portée.

M. GOULLIoud a vu opérer chez M. Laroyenne des kystes végétants semblables. Ce sont presque des tumeurs malignes. Une femme opérée depuis dix mois n'a pas encore de récurrence. Ce fait est assez rare pour être signalé.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ANESTHÉSIE LOCALE ET GÉNÉRALE;

Par le docteur GRANDCLÉMENT.

L'anesthésie locale nous suffit généralement pour pratiquer les opérations de la petite chirurgie (ongle incarné, ouverture d'abcès, d'anthrax, énucléation d'une petite tumeur superficielle, etc.), ou bien pour combattre une douleur inflammatoire ou névralgique peu étendue.

Nous pouvons aujourd'hui la réaliser de plusieurs façons,

mais tous les moyens n'ont pas la même valeur et n'offrent pas la même sécurité. Il y a donc une sélection à faire selon les cas et des précautions à prendre.

1° *Anesthésie par la congélation à l'aide d'un mélange réfrigérant de sel et de glace* : Ce moyen, le seul connu et usité il y a 25 ou 30 ans, est aujourd'hui abandonné ; il provoque trop de douleur et demande trop de temps. Du reste, il n'est guère applicable que sur les extrémités, orteil et doigt, pouvant être plongées dans le mélange. Enfin on ne trouve pas de la glace en tout temps et en tout lieu.

2° *Pulvérisations d'éther* : Ce moyen réalisé par Richardson il y a quelque 25 ans, à l'aide de son pulvérisateur est bien supérieur au précédent ; mais il exige un appareil spécial, un temps d'application assez long, et provoque souvent une douleur assez vive.

3° Voici un *troisième moyen*, d'origine toute récente, qui me paraît devoir supplanter tout à fait les deux précédents ; ce sont des pulvérisations faites avec 10 gr. de *chlorure d'éthyle*, renfermé dans une petite ampoule de verre, terminée par un tube capillaire fermé à la lampe. Chacun de ces tubes confectionnés par une maison de Lyon, MM. Gilliard, Monnet et Castres (produits chimiques), coûte 75 centimes. Lorsqu'on veut insensibiliser une surface, il suffit de casser l'extrémité du tube et de diriger le jet gazeux ou liquide qui s'échappe spécialement sur la partie à anesthésier. Le chlorure d'éthyle, se vaporisant à $+ 10^{\circ}$, et non pas à $+ 35^{\circ}$ comme l'éther, s'échappe avec d'autant plus de force que l'on chauffe sur une plus grande étendue le tube avec la main qui le tient.

Une minute ne s'est pas écoulée que la peau de la zone pulvérisée blanchit et présente une insensibilité suffisante et assez profonde. J'ai pu avec ce moyen très simple et tout à fait indolent ouvrir des abcès assez profonds et calmer des trajets nerveux douloureux.

4° *Injectons hypodermiques de cocaïne* : Ce moyen employé par quelques chirurgiens, et surtout par les dentistes, est dangereux à cause des phénomènes d'intoxication grave

que provoque cette substance chez certaines personnes, même à dose très faible. Ainsi, j'ai vu deux gouttes d'une solution de 0,05 cent. de chlorhydrate de cocaïne dans 10 gr. d'eau, soit à peine $\frac{1}{4}$ de milligramme, instillées dans les yeux, provoquer chez deux malades, le père et le fils, des lipothymies et de véritables défaillances. Je frémis encore en pensant à ce qui serait arrivé si j'avais injecté chez ces sujets la dose usuelle de 0,05 centigr. pour l'adulte et de 0,01 cent. pour l'enfant. Selon toute probabilité, j'aurais assisté à une mort foudroyante.

Il s'agit évidemment là d'une susceptibilité particulière et tout à fait exceptionnelle pour la cocaïne, mais elle n'est pas très rare à un moindre degré; il faut donc se tenir en garde.

Il paraît cependant qu'un dentiste de notre ville, après avoir eu beaucoup de déboires avec les injections de cocaïne, a trouvé une substance qui, alliée ou combinée avec elle, la rend inoffensive, sans lui enlever son pouvoir anesthésique. Mais c'est là secret qu'il garde pour lui.

D'accord en ce point avec mon confrère et ami le docteur Éraud, je ne serais pas étonné que cette substance soit l'*antipyrine*.

Depuis quelques années, en effet, j'ai fait des milliers d'injections de cocaïne et d'antipyrine pour combattre très avantageusement les violentes névralgies péri-orbitaires que provoquent certaines affections de l'œil, et jamais je n'ai observé le moindre symptôme de cocaïnisme. Il est vrai que je ne dépasse pas la dose de 0,01 centigr.

Voici comment je m'explique ce fait : L'antipyrine alliée dans ces injections de cocaïne à la dose de 0,12 à 0,15 cent. provoque toujours un peu d'œdème et par conséquent une stase vasculaire; aussi, je pense qu'elle s'oppose à une absorption trop rapide de la cocaïne et ne la laisse se déverser que très lentement dans le torrent circulatoire au fur et à mesure de son élimination.

Ceci équivaldrait au moyen proposé récemment par Küm-mel (de Genève), précisément pour s'opposer à l'absorption

trop rapide de la cocaïne injectée ; ce moyen consiste à appliquer une bande d'Esmarch sur le membre avant d'injecter la cocaïne à son extrémité.

Au reste, j'ai toujours remarqué que cette injection d'antipyrine et cocaïne insensibilise la zone injectée pour plusieurs jours.

J'arrive maintenant à l'*anesthésie générale par le chloroforme* à propos de laquelle je désire dire un mot.

Voici un petit flacon compte-gouttes de la contenance de 40 grammes : cet instrument, fabriqué par la maison Adrian, permet de laisser tomber le chloroforme d'une façon constante et par très petites quantités à la fois, de façon à maintenir le malade sans aucune interruption dans une atmosphère de vapeurs chloroformiques à faible tension. En suivant cette méthode conseillée par M. Labbé, on se rapproche beaucoup du mélange titré d'air et de chloroforme recommandé par Paul Bert.

Il y a quelques années, le professeur Gosselin conseillait au contraire et avait généralement fait adopter les inhalations abondantes et brusques, mais avec interruptions.

J'ai employé toutes les méthodes, les chloroformes les plus divers, aidées ou non des injections de morphine et d'atropine ; ici encore, comme pour l'anesthésie locale avec les injections de cocaïne, je suis arrivé à cette conviction qu'il faut compter avec les susceptibilités de chacun pour le chloroforme ; chacun s'endort à sa manière, quoi que l'on fasse : les uns rapidement, les autres lentement ; celui-ci avec des vomissements répétés, celui-là avec de la pâleur et des arrêts inquiétants de la respiration et du cœur.

J'ai même rencontré un adulte et un enfant de 8 ans, paraissant absolument réfractaires au chloroforme ; 160 gr. de chloroforme Duncan n'ont pu provoquer le moindre sommeil.

Enfin, pour parer aux accidents, je ne compte ni sur les

courants électriques, ni sur les inhalations d'oxygène; ces moyens ne me paraissent guère pratiques. En cas de besoin je me contente de placer la tête du malade dans une position déclive, et surtout j'introduis le manche d'une cuillère profondément jusque dans le pharynx, afin de provoquer des envies de vomir et par suite le retour des inspirations.

M. DOR. Les pulvérisations faites avec les tubes de chlorure d'éthyle sont moins économiques que les pulvérisations d'éther pratiquées avec l'appareil de Richardson. Les unes et les autres produisent la congélation, et l'on doit redouter le danger de sphacèle lorsqu'on les pratique sur un appareil aussi délicat que les paupières.

M. ARLOING. Une goutte de cocaïne déposée sur la conjonctive d'un cobaye produit une mort instantanée. Cela tient à l'absorption très rapide de la muqueuse oculaire.

Il ne croit pas que dans les cas signalés par M. Grandclément les accidents soient dus à la cocaïne.

M. RENDU a pu réduire sans douleur un paraphimosis datant de douze heures, après avoir fait prendre un bain local de dix à quinze ou vingt minutes, dans une solution de cocaïne à 4 %.

M. GRANDCLÉMENT croit que chez ses malades l'empoisonnement a eu lieu par l'estomac et non par la conjonctive.

Quant au chlorure d'éthyle, il est possible qu'il n'agisse pas seulement par congélation, car il produit une insensibilité très profonde : peut-être s'agit-il d'une action anesthésiante directe. Le sphacèle est certainement à redouter. Mais avec l'éther l'anesthésie locale est lente à se produire. Les effets du chlorure d'éthyle sont plus rapides, et avec cette méthode la congélation paraît moins à craindre.

M. ICARD rappelle que M. Claude Martin a conseillé, pour combattre les douleurs de la périostite alvéolo-dentaire, l'association de l'antipyrine à la cocaïne.

M. CLÉMENT admet difficilement la possibilité d'une intoxication par les doses minimales de cocaïne données par M. Grandclément. Lui-même a employé la cocaïne à l'intérieur aux doses beaucoup plus élevées de 0,02, 0,04, 0,10, et très accidentellement 0,50 centigr. On pourrait peut-être invoquer l'idiosyncrasie; mais dans les cas d'accidents provoqués par de fortes doses de cocaïne on a observé l'ivresse, l'agitation plutôt que la tendance aux lipothymies.

M. GRANDCLÉMENT croit à une susceptibilité particulière de ses deux malades.

M. DOR. Il faut croire à l'idiosyncrasie.

Le docteur Elouie a pu pratiquer 2,000 injections de cocaïne sans observer un seul accident. Actuellement on a signalé dans 50 cas environ des symptômes d'intoxication provoqués par quelques gouttes de cocaïne sur la conjonctive. Néanmoins on ne doit pas se priver d'un médicament aussi précieux.

M. ARLOING. Les effets toxiques de la cocaïne sont ceux de la strychnine.

Dans les accidents signalés par M. Grandclément, il s'agit probablement de phénomènes réflexes. Une action locale sur les extrémités des nerfs a pu produire un réflexe sur le bulbe et la syncope. On ne doit pas admettre une intoxication : celle ci, d'ailleurs, ne paraît pas possible avec des doses aussi faibles de cocaïne.

M. RAFFIN, à propos de l'anesthésie par le chloroforme, dit que l'appareil d'Adrian, nouveau dans sa forme, répond à un principe ancien. En versant le chloroforme goutte à goutte, on peut n'en donner que 10 ou 15 grammes pour une anesthésie. Dans ce cas, le danger est moindre, le réveil plus facile, et il y a économie.

M. ARLOING. La question de tension du gaz dans l'air respiré joue un grand rôle. Le procédé de Gosselin est barbare : avec cette méthode on a une tension forte du chloroforme, on ne sait plus ce que l'on fait, l'intoxication est possible, le réveil est irrégulier. C'est pour remédier à ces inconvénients que P. Bert a préconisé les mélanges titrés. La régulation de la tension du gaz par un compte-goutte est une simplification de l'appareil Dubois.

SUR LA RIGIDITÉ SYPHILITIQUE DU COL DE L'UTÉRUS.

M. BLANC fait une communication sur la rigidité syphilitique du col.

Parmi les causes de dystocie on reconnaît une rigidité spasmodique, anatomique et pathologique. Doléris a signalé plusieurs cas de rigidité syphilitique. L'observation suivante paraît être un nouvel exemple.

Une femme ayant eu deux accouchements normaux et rapides accouchait au mois de novembre dernier. Cette fois la dilatation s'est faite très lentement. Sur le milieu de la face antérieure du vagin, il existait une nappe sclérosée s'étendant jusque sur le col. Celui-ci, dont la moitié antérieure

présentait des indurations sclérosiques, était irrégulièrement tuméfié. La dilatation était à cinq francs.

Après une expectation de quelques heures, il y eut indication de se hâter. M. Blanc pratiqua des incisions latérales du col et fit une application de forceps. L'enfant, retiré vivant, a succombé après quelques jours, avec un état cachectique.

Le mari de la malade avait eu des chancres mous sur le prépuce et un chancre induré dans le sillon balano-préputial suivi d'accidents secondaires deux mois avant l'accouchement.

Sur la malade elle-même un médecin avait constaté des chancres mous et des syphilides papuleuses. La tuméfaction dure et rouge de la lèvre antérieure du col avait permis d'annoncer une distocie probable. Dans ce cas le diagnostic est certain, il s'agit d'une induration syphilitique provoquée par la localisation primitive sur le col.

La rigidité syphilitique peut être due au chancre qui laisse après sa guérison une induration profonde et persistante.

Dans trois observations la rigidité était due à la localisation sur le col de plaques papulo-érosives.

Il est possible que des accidents tertiaires produisent également la rigidité.

Pour expliquer la rareté de cette rigidité par rapport à la fréquence de la syphilis, on peut invoquer les raisons suivantes : il est nécessaire que la femme ait eu des accidents sur le col, et que ces accidents aient eu une certaine dimension. De plus les soins médicaux produisent une modification plus ou moins grande des accidents syphilitiques.

Pour remédier à cette cause de dystocie, il faut faire des incisions sur le col. Celles-ci doivent être portées d'emblée jusqu'à l'insertion du vagin. A ce moment, la tête est suffisamment fixée pour qu'on n'ait pas à redouter de déchirures plus grandes. Au contraire, de petites incisions nécessitent des déchirures, et on ne sait pas dans quelle direction celles-ci se feront.

Après l'accouchement il est préférable de faire la suture

du col pour éviter l'hémorrhagie et les accidents septicémiques ou éloignés qui peuvent se produire.

M. ICARD. Dans le cas cité, le traitement spécifique aurait peut-être empêché la production de cette rigidité. On a dit à tort que le traitement ne doit être fait qu'au moment des accidents secondaires. En se comportant différemment l'enfant aurait pu être sauvé, l'infection de la mère ayant eu lieu dans les derniers mois de la grossesse.

M. VINAY demande si les incisions ont été faites avec le bistouri boutonné. Dans sa pratique il se sert de ciseaux en s'aidant de l'index et du médius gauches comme conducteurs.

M. BLANC dit que le traitement antisypilitique n'a pas suffi dans des cas cités.

Les instruments préconisés sont nombreux. Il préfère également les ciseaux. Lorsque le col est résistant, le bistouri peut être employé. Si le col est fuyant il faut le fixer avec deux pinces.

M. RENDU. On pourrait arrêter les hémorrhagies avec une petite pince de Museux nickelée, lorsque la suture immédiate est impossible, en ménageant bien entendu l'écoulement des lochies.

M. ICARD. Il est possible que le traitement spécifique soit inefficace dans le cas de chancre intra-cervical. Mais chez la femme citée, le chancre de la lèvre antérieure aurait probablement été modifié par le traitement.

CHLORURE D'ÉTHYLE (C^2H^5Cl).

M. GRANDCLÉMENT cite deux nouveaux cas où le chlorure d'éthyle a été employé avec succès comme anesthésique local. Il s'agissait d'une névralgie temporale.

D'après de nouveaux renseignements donnés par le fabricant, le chlorure d'éthyle qui dérive de l'alcool de vin, détermine moins le sphacèle que le chlorure de méthyle qui dérive de l'alcool de bois.

Les applications de ce produit à l'état de pureté parfaite sont la conséquence de sa préparation rapide et économique par le procédé de M. P. Monnet.

Préparation : Dans une chaudière autoclave en fer forgé ou acier bien émaillé de 200 litres de capacité, munie d'un manomètre, d'un thermomètre et d'un robinet de dégagement, on introduit :

Alcool pur à 92°-93° centésimaux. . . 53 kil.

Acide chlorhydrique du commerce à

22° Baumé 110 kil.

L'autoclave étant hermétiquement clos on chauffe le mélange pendant deux heures à 125° centigrades. La pression dans l'autoclave monte à 25 atmosphères.

Après avoir laissé refroidir jusqu'à 60° environ, on ouvre le robinet de dégagement qui par un tube de cuivre met en communication l'autoclave avec un réfrigérant dont le serpentin est entouré de glace et de sel pilé.

Le chlorure d'éthyle distille rapidement. Pour l'avoir complètement pur, il est rectifié à nouveau sur de l'eau légèrement alcaline et immédiatement enfermé dans des vases clos.

Il est ensuite divisé par portions de 10 grammes dans les ampoules destinées à l'anesthésie locale.

Il ne faut pas confondre le chlorure d'éthyle qui dérive de l'alcool de vin avec le chlorure de méthyle qui dérive de l'alcool de bois.

Le chlorure de méthyle bout à — 17° centigrades au-dessous de zéro ; par sa vaporisation il produit un froid trop intense qui détermine sur les tissus des eschares.

En général le chlorure de méthyle n'est pas pur et exerce sur la mémoire une action fâcheuse qui persiste pendant plus de 12 heures.

Enfin l'emploi du chlorure de méthyle exige pour son application à l'anesthésie le concours d'un instrument spécial.

Le chlorure d'éthyle pur est doué d'une odeur éthérée agréable ; il bout entre + 10° et + 11° centigrades *au-dessus* de zéro ; il ne paraît pas exercer d'action fâcheuse sur la mémoire.

Avec la quantité de chlorure d'éthyle contenue dans un tube-ampoule, le maximum de réfrigération est de — 35° *au-dessous* de zéro ; avec un peu d'habitude on peut l'atténuer à volonté suivant les circonstances.

Ainsi donc avec le chlorure d'éthyle on supprime pour les

cas de petite chirurgie tout espèce d'appareil. Le tube-ampoule remplace tous les instruments compliqués ou insuffisants. Il a le très grand avantage d'être constamment sous la main du praticien et de fonctionner sûrement, rapidement et sans préparation aucune.

Pour obtenir le meilleur effet dans la pratique, il faut tenir le tube à chlorure à une distance suffisante (15 à 25 centimètres) pour que le jet liquide soit assez vaporisé dans le trajet pour qu'il ne mouille que le point à insensibiliser.

En opérant ainsi on évite d'accumuler le chlorure à l'état liquide sur des points où la réfrigération se produirait avec trop d'intensité tout en étant inutile.

M. VINAY, L'origine de l'alcool ne signifie rien ; il s'agit d'une action purement physique. On doit agir prudemment avec l'un et l'autre de ces agents qui ne présentent qu'une différence de degrés. Mais les ampoules de chlorure d'éthyle sont plus maniables que le siphon de chlorure de méthyle.

M. RENAUT. Les eschares peuvent être évitées, on peut même limiter l'action pour ne pas produire de bulles. Mais les réfrigérants doivent être réservés pour des cas particuliers. Il ne faut pas les employer sur les paupières, comme l'a dit M. Dor, ni sur le prépuce. Dans ces régions le stypage est préférable.

M. GANGOLPHE a employé le chlorure d'éthyle pour un malade porteur d'un abcès d'origine dentaire. Il n'a pas obtenu l'anesthésie.

RÉSECTION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR ; PROTHÈSE IMMÉDIATE.

M. GANGOLPHE présente un malade auquel il a pratiqué une résection du maxillaire supérieur, et qui est muni d'un appareil de prothèse remplissant toutes les conditions désirables.

Dans le cours de l'opération on a entendu le bruit de sifflement caractéristique de l'entrée de l'air dans les veines. Cet accident, non suivi de la mort du malade, est assez rare pour être signalé.

M. LÉPINE. La physiologie expérimentale montre que l'entrée de quelques centimètres cubes d'air dans les veines est innocente. Le danger n'existe que si l'air est introduit en quantité assez notable ; c'est alors que la mort survient par embolie.

M. GANGOLPHE avait également interprété la guérison par la petite quantité d'air introduite dans les veines. Chez ce malade, au moment de l'accident, la main fut immédiatement appliquée sur la plaie, et on n'a constaté aucune modification du pouls ni de la respiration.

KYSTES DES REINS ET CALCULS.

M. COMMANDEUR présente les reins d'un malade qui avait eu des coliques néphrétiques et a succombé dans une crise d'urémie.

Les deux reins sont creusés de kystes multiples et de volume variable. Les bassinets renferment des calculs ; dans les uretères, il existe de petites tumeurs arrondies, dures, pédiculées.

M. Ch. AUDRY. L'histoire de cette femme a un intérêt chirurgical. La malade accusait du côté gauche une douleur atroce, l'obligeant de se tenir courbée en avant. Ce symptôme important avait permis de diagnostiquer la présence d'un calcul dans le bassinet. L'autopsie a vérifié ce diagnostic, mais il existait également un calcul dans le bassinet du rein droit. Les cavités kystiques du rein gauche étaient remplies par un liquide paraissant être de l'urine ; le rein droit était atteint de néphrite interstitielle.

Le cœur était volumineux, malgré Le Dentu qui croit cette hypertrophie rare dans la néphrite calculeuse. Ces tumeurs des uretères ont été signalées par Rayer qui les décrit comme de petits kystes.

SUR LE POUVOIR GLYCOLYTIQUE DANS L'HYPERGLYCÉMIE.

MM. LÉPINE et BARRAL font une communication à la Société sur le pouvoir glycolytique dans le cas d'hyperglycémie (avec ou sans glycosurie) sous une influence nerveuse. Ils n'ont pas encore déterminé le pouvoir glycolytique dans le sang du lapin après piqure du bulbe, mais ils l'ont

étudié chez des chiens après section de la moelle épinière. Or, en même temps qu'il y avait hyperglycémie notable (environ 1 gr. 1/2 de sucre par litre au lieu de 1 gramme, chiffre moyen) le pouvoir glycolytique était tombé à 6 et même à 4, au lieu de 25 ou 30, chiffre moyen.

Chez un chien dont le crâne avait été ouvert, et une portion de la surface du cerveau mise à nu, le sucre du sang s'élevait à 2 gr. 30, et le pouvoir glycolytique paraissait à peu près nul.

Chez plusieurs autres chiens, l'excitation des bouts périphériques ou des bouts centraux des deux vagues a aussi amené l'hyperglycémie et une forte diminution du pouvoir glycolytique ; mais ces faits sont moins probants, car l'influence nerveuse n'a pas été seule en cause, il s'y est joint un degré plus ou moins marqué d'asphyxie produite dans le premier cas par l'excitation du bulbe et dans le second par les arrêts cardiaques. Or, MM. Lépine et Barral ont montré depuis plus d'un an déjà que l'asphyxie diminue énormément le pouvoir glycolytique.

ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE VERTÉBRALE.

M. GUYENET met sous les yeux de la Société des pièces anatomiques recueillies sur une femme de 61 ans et donne sur ce cas les renseignements suivants :

Cette malade très cachectique était entrée pour une grosseur du côté gauche de la nuque. Cette tumeur était allongée verticalement, rénitente, fluctuante, non douloureuse, sans modification de la peau à son niveau. On ne constatait pas d'expansion, pas de battement, l'auscultation ne révélait pas de bruit de souffle. Pensant avoir affaire à un abcès froid d'origine osseuse ou ganglionnaire, M. Gangolphe pratiqua une ponction avec un fin trocart : il ne sortit que du sang mêlé de parcelles blanchâtres, grumeleuses, ce qui, modifiant le diagnostic, fit naître l'idée de tumeur maligne.

La malade avait bien dit que sa tumeur avait paru subi-

tement une nuit il y a six mois, à la suite d'un mouvement de la tête en arrière, mais on tint peu compte de ce renseignement, habitué qu'on est au peu de précision des détails donnés à ce sujet par les malades. Pourtant ce fait d'apparition brusque avec sensation de craquement d'une petite tumeur qui s'est accrue dans la suite a été confirmée par enquête après la mort.

Quoi qu'il en soit, cette femme est morte subitement un matin au moment où elle demandait à boire.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, péricarde dilaté et de coloration bleuâtre ; caillot volumineux en forme de poche renfermant le cœur. Au point de réflexion du péricarde sur l'aorte, petite ouverture régulière de 5 millimètres carrés environ par où s'était faite l'hémorrhagie : pas de dilatation anévrysmale à ce niveau ; mais, vers la crosse de l'aorte plusieurs orifices irréguliers conduisant dans de véritables anévrysmes disséquants, dont l'un du volume d'une grosse noix. Aorte du reste très athéromateuse.

La tumeur de la nuque avait écarté les muscles et tissus voisins. Elle paraissait appendue à l'artère vertébrale. Sa paroi semble être celle d'un anévrysme faux consécutif. Aucune lésion des vertèbres cervicales.

En poursuivant la nécropsie on trouve dans la fosse iliaque droite une tumeur du volume d'une tête de fœtus soulevant le psoas, les artères et veines iliaques et les nerfs du plexus sacré qui sont tendus à sa surface, ce qui nous explique la flexion habituelle du membre inférieur ainsi que les vives douleurs sciatiques et crurales dont se plaignait la malade. Nous aurions voulu déterminer exactement aux dépens de quelle artère s'était formée cette poche : les adhérences qui retenaient la tumeur à tous les tissus voisins, muscles, os iliaque, sacrum et deux dernières vertèbres sacrées, et les déchirures qui se produisaient à la plus légère traction nous ont empêché de préciser. Il est probable qu'il s'agissait de l'artère iléo-lombaire, peut-être de l'artère sacrée latérale droite. Érosion de la dernière vertèbre lombaire

faisant communiquer largement la tumeur avec le canal rachidien.

Cette tumeur nous explique la situation du rein droit qui de vertical était venu par un mouvement de bascule se placer de champ dans la cavité abdominale et dont le bord inférieur faisait saillie sous la peau.

Le sujet étant réclamé et à cause du peu de temps que nous avons, nous n'avons pu suivre les artères des membres.

Telle qu'elle est cette observation nous a paru intéressante à faire connaître, à cause de la coexistence de plusieurs tumeurs, véritable diathèse anévrysmale; à cause de l'incertitude du diagnostic, à cause enfin du danger d'une intervention active, injection d'éther iodoformé par exemple si on l'avait pratiquée.

M. GANGOLPHE n'avait pas constaté de signes permettant de faire le diagnostic de l'anévrysme. On aurait dû tenir compte des renseignements donnés par la malade qui affirmait le début brusque de sa tumeur.

La ponction elle-même laissait des doutes. Le sang retiré par l'aiguille paraissait provenir d'un parenchyme vasculaire et non d'une tumeur liquide. Ce fait s'explique par l'autopsie, puisque la poche ne renferme que des caillots. L'absence des signes d'anévrysme était due à la petite communication de la poche avec l'artère. Au point de vue thérapeutique, il faut se méfier lorsqu'on intervient pour une tumeur du cou, et ne pas être trop confiant dans la ponction. De ce qu'une tumeur ne présente pas les signes d'un anévrysme, il ne faut pas conclure que ce n'est pas un anévrysme.

M. R. TRIPIER montre la différence qui existe entre cette pièce et celle qui a été présentée dans une précédente séance par M. Siraud.

Dans ce cas on ne constatait pas de lésions apparentes à l'œil nu. Il s'agissait d'une fragilité des artères. Dans le cas présent les lésions des tuniques interne et moyenne ont abouti à la production d'un anévrysme disséquant.

Au point de vue clinique on a souvent signalé l'observation inverse. Des tumeurs de la nuque peuvent battre et n'être pas des anévrysmes.

SUR L'ASPERGILLINE.

M. LINOSSIER annonce qu'en poursuivant ses recherches sur l'*aspergilline*, pigment qu'il a extrait des spores de

l'aspergillus niger, il a découvert une propriété intéressante de cette substance, celle d'entraver le développement des microbes de la putréfaction.

Il est probable que, dans la nature, ce pigment contribue à défendre les spores de *l'aspergillus niger* contre l'action destructive de ces microbes.

Chez beaucoup de végétaux nous voyons la semence destinée à assurer la conservation de l'espèce protégée par des moyens mécaniques (enveloppes résistantes) ou chimiques (substances toxiques ou de saveur désagréable). Ces moyens de défense sont, chez les grands végétaux, surtout dirigés contre les herbivores. Il est curieux de constater dans la spore d'une moisissure un procédé analogue de protection ; mais, comme les moisissures n'ont rien à redouter des animaux, cette protection est ici dirigée exclusivement contre les microbes, ennemis naturels des champignons inférieurs dans la lutte pour l'existence, puisque, comme eux, ils vivent aux dépens des matières organiques en voie de destruction.

ABSORPTION CUTANÉE.

M. GUINARD fait une communication sur l'absorption des médicaments incorporés aux corps gras.

M. SOULIER félicite M. Guinard de ses expériences. Pour sa part, il croit que l'on doit se servir de l'axonge si l'on veut avoir quelque chance de faire absorber le médicament. Si l'on veut une action en surface, une action parasiticide, par exemple, la vaseline est préférable. La lanoline ne pénètre pas mieux dans le système vasculaire, mais elle exerce une action modificatrice dans toute l'épaisseur de l'épiderme ; elle sera donc prescrite dans le cas de dermatose épidermique.

M. Soulier demande à M. Guinard comment il comprend la pénétration du corps gras lui-même et s'il croit réellement à la non absorption du mercure incorporé dans une pommade.

M. GUINARD n'a pas recherché l'absorption des corps gras et croit que l'épiderme étant intact, le mercure ne peut nullement pénétrer.

M. CLÉMENT fait remarquer que cliniquement on est forcé d'admettre que même la peau étant intacte, l'iodure de potassium par exemple exerce

une action résolutive dans les engorgements ganglionnaires ou dans les hypertrophies du corps thyroïde. L'absorption de quelques vapeurs d'iode ne peut expliquer l'action du médicament employé sous forme de pommade.

M. LANNOIS rappelle les expériences de M. Aubert sur l'absorption de la pilocarpine incorporée à l'axonge. Par des frictions dans un endroit dépourvu de poils il n'a rien noté, au contraire l'absorption était manifeste dans des régions où il existait des poils. Dans ce cas l'absorption se faisait par les glandes sébacées : peut-être en est-il de même dans les frictions mercurielles.

M. ICARD dit qu'avec la pommade rancie l'absorption se produit mieux qu'avec une pommade fraîche.

M. SOULIER est disposé à admettre deux mécanismes différents dans cette absorption : tantôt il y a effraction cutanée, tantôt il y a pénétration dans les follicules sébacés, d'où explication de l'absorption du mercure qui existe nettement en clinique.

SUR LES EFFETS DES PRODUITS SOLUBLES DU STAPHYLOCOCCUS PYOGENES.

MM. RODET et COURMONT exposent des recherches expérimentales sur les effets des produits solubles obtenus avec les cultures du staphylococcus pyogenes aureus, et dont voici les conclusions :

Les produits solubles sécrétés par le staphylococcus pyogenes, introduits dans l'organisme du lapin, modifient l'état de réceptivité de cet animal pour le microbe, en le rendant plus accessible à l'infection ; ils sont *favorisants*.

L'introduction simultanée hâte légèrement la mort et favorise la suppuration, notamment lorsque le microbe étant dans le sang, les produits solubles sont introduits dans le tissu cellulaire.

L'imprégnation, dont l'effet est encore aussi net au bout de trois mois qu'au bout de deux jours, hâte considérablement la mort du sujet et l'éclosion des lésions rénales, elle peut même faire apparaître ces lésions rénales avec un virus trop atténué pour en produire normalement. Les cultures filtrées conservent cette propriété favorisante 20 à 24 jours

après leur filtration, alors que leur pouvoir toxique diminue.

L'influence immédiate des produits solubles du staphylocoque pyogène sur l'infection peut se comparer à celle que MM. Bouchard, Charrin et Roger ont étudiée avec le bacille du charbon symptomatique et le pyocyanique; elle est expliquée par M. le professeur Bouchard au moyen d'une action toxique de ces produits solubles sur le centre vaso-dilatateur qui, paralysé, empêche le phagocytisme.

L'influence prolongée est identique à celle que l'un de nous a observée dans les cultures filtrées d'un bacille tuberculisant; elle n'a pas les caractères d'une intoxication, elle est susceptible des mêmes explications que l'état vaccinal. On peut supposer une modification des propriétés des phagocytes; on peut également admettre un *état microbiophyle* des humeurs.

RÉTRÉCISSEMENT MITRAL ET TUBERCULOSE PULMONAIRE.

M. PALIARD présente les pièces anatomiques d'un malade qui a succombé dans le service de M. le professeur Lépine.

Il s'agit d'un homme qui avait eu autrefois un rhumatisme articulaire aigu compliqué d'endocardite, et chez lequel l'auscultation révélait les signes très nets d'un rétrécissement mitral. L'autopsie a montré une symphyse du péricarde et une endocardite ancienne de la valvule mitrale; mais le degré du rétrécissement était peu accusé. De plus, les poumons présentaient de nombreuses lésions tuberculeuses.

M. LÉPINE. Ces pièces anatomiques offrent un grand intérêt. La coïncidence du rhumatisme compliqué d'endocardite et de tuberculose est rare. D'autre part l'autopsie révèle un léger degré de rétrécissement mitral, alors que les signes cliniques de cette affection étaient très nets. L'existence d'une péricardite augmentait peut être les symptômes de la lésion cardiaque.

M. DUPUY a observé deux fois la tuberculose chez des cardiaques.

M. LÉPINE demande quelle était la lésion cardiaque chez ces malades.

Il paraît établi qu'un rétrécissement mitral très étroit crée une incompatibilité pour la tuberculose en rendant le poumon œdémateux.

M. DUPUY croit se souvenir qu'il s'agissait dans un cas d'une insuffisance mitrale sans rétrécissement, et dans l'autre d'un rétrécissement avec insuffisance aortique.

HYPERTROPHIE DE LA RATE.

M. TILLIER présente la rate d'un malade qui a succombé dans le service de M. le professeur Poncet.

Il s'agit d'un homme qui avait eu des accès d'impaludisme dans sa jeunesse, et avait ressenti, il y a dix ans, un point douloureux dans l'hypochondre gauche. Ce point dura quinze jours, sans altérer la santé générale. Depuis deux ans et demi était apparue dans l'hypochondre gauche une tumeur qui grossit rapidement, sans douleur. Depuis un an, œdème des pieds, dyspnée. A partir de cette époque, amaigrissement, teint cachectique.

Le jour de l'entrée à l'hôpital (6 mars 1891), on constate une teinte jaune des téguments, une grande maigreur et de l'œdème des malléoles ; l'appétit est assez bon. Il existe dans l'hypochondre gauche une tumeur énorme, dépassant en bas l'ombilic et paraissant constituée par la rate. La cachexie a progressé rapidement sans accès de fièvre, l'œdème s'est généralisé, l'oppression a brusquement augmenté, et le malade a succombé en une demi-journée après le début de ce symptôme.

A l'autopsie on a trouvé de l'ascite et un épanchement abondant dans le péricarde avec exsudat récent. La rate, énorme, pèse 3 kil. 700 ; il existe quelques adhérences par des brides de péritonite ancienne. A la coupe, le parenchyme est dur, rouge sombre, sans lésions apparentes.

Le foie est hypertrophié, gorgé de sang, non cirrhotique.

Les reins paraissent normaux. L'urine ne renfermait ni albumine ni sucre.

Ancienne pleurésie fibreuse à droite. Pas de tubercules.

Un cas analogue a été signalé par type d'une affection distincte nommée nomégalie primitive, et rangé dans les leucémies spléniques. Le malade de récents pathologiques, le nôtre est

EFFETS DE LA LYMPHE

M. Jules COURMONT présente le malade qui succomba dans le service à des injections de lymphes (craquements, etc.) nique, pulmonaire, méningée, appar un sujet atteint de mal de Pott et ay. de 1, 1 1/2, 2 milligrammes).

M. CLÉMENT demande à quels intervalles M. Clément a eu dans son service un malade leuses du sommet droit (craquements, etc.) d'ailleurs, qui paraît avoir retiré de la lymph très appréciable, soit au point de vue des signes du relèvement de l'état général. Le traitement et le malade avait reçu 14 injections de 0,0 assez espacées pour que le malade revint à l'état normal. Lorsque la température ne revenait pas avec l'antipyrine. En dehors de l'auscultation et le relèvement de l'état général augmentation de poids de 1 kil.

M. Clément ne regarde la réaction fébrile nécessaire, ni utile; il pense qu'il faut au début de doses faibles et espacées. Il est du reste très en faveur de la méthode et ne l'avait utilisée que dans le cas du malade.

ALLOCUTION DE M. LÉO

M. Léon TRIPIER remercie ses collègues de la présidence. Il fera son possible pour équilibrer les comptes; on pourra toujours compter sur son impartialité.

Il profite de la circonstance pour proposer à la Société de faire constamment figurer à la suite de l'ordre du jour une question de chirurgie générale ou spéciale ; de cette façon on rendra les séances tout à la fois plus complètes et plus intéressantes : aux jeunes d'apporter des faits ; à ceux qui sont plus âgés d'apporter le fruit de leur expérience. Du reste il ne s'agit pas d'une innovation ; M. Tripier rappelle la discussion sur la variole et la vaccine, qui eut tant de retentissement, et celle plus récente relative au traitement de la fièvre typhoïde.

INSUFFISANCE MITRALE ET TUBERCULOSE PULMONAIRE.

M. CHAPOTOT, interne des hôpitaux, présente le cœur d'un malade mort dans le service de M. Clément. Il existait pendant la vie des signes d'insuffisance mitrale en même temps qu'une tuberculose avancée des deux sommets.

M. LÉPINE rappelle la communication faite avec M. Palard à propos d'un cas de rétrécissement mitral coexistant avec de la tuberculose pulmonaire. Il pense que la maladie mitrale gêne le développement de la tuberculose pulmonaire en œdématiisant le poumon ; or, pour que cet état d'œdème soit créé, il faut des lésions relativement considérables. De tels cas sont réellement exceptionnels ; sur la pièce présentée les lésions sont bien minimes.

M. Raymond TRIPIER rappelle que souvent l'on a présenté à la Société des observations du même genre. Il dit qu'on ne voit pas évoluer parallèlement l'une et l'autre affection. S'il y a de graves lésions cardiaques, on n'en voit peu sur le poumon, et réciproquement. Mais, en principe, il n'y a alors pas d'hypertrophie cardiaque. Presque toujours il s'agit d'un léger degré de rétrécissement mitral ou même d'insuffisance aortique ; l'hypertrophie du cœur est en antagonisme formel avec la tuberculose pulmonaire.

Dans un assez grand nombre de cas, il subsiste des doutes. Souvent, comme chez le malade de M. Chapotot, on constate en même temps que des phénomènes cavitaires pulmonaires un bruit de souffle systolique à la pointe, et l'autopsie ne révèle pas de lésion. Ici, il n'y a aucune trace d'endocardite, et on ne constate pas de lésions nettes. Reste à expliquer l'existence de ce bruit de souffle ; on peut seulement remarquer qu'on a ici un vrai petit cœur de phtisique. Ces cas rentrent dans la règle et ne peuvent pas être considérés comme rares.

M. LÉPINE a simplement repris pour son compte cette proposition que, quand il existe un rétrécissement mitral serré, on ne voit pas de

tuberculose pulmonaire. La pièce qu'il avait fait voir représentait un cas tout à fait exceptionnel ; mais cet accident s'expliquerait par le fait que le rétrécissement était relativement modéré ; du reste, l'autopsie permit de le constater d'une façon incontestable. Cliniquement, les signes avaient été très prononcés ; mais l'on sait que les rétrécissements mitraux très serrés donnent souvent à l'auscultation des signes moins caractérisés que si la stricture est modérée.

M. R. TRIPIER pense qu'on doit chercher l'obstacle au développement de la phtisie dans le fait de l'hypertrophie cardiaque ; il n'en existe pas si l'on a affaire à des lésions d'orifices sans hypertrophie.

M. LÉPINE attache au contraire la plus grande importance à la présence de l'œdème pulmonaire.

TÉTANOS EXPÉRIMENTAL SUR UN COBAYE.

MM. CADÉAC et BOURRAY relatent une observation de tétanos qui s'est développé chez un cheval dans les conditions suivantes : Le 2 avril dans une course il contracte un clou de rue ; la blessure est très grave, elle atteint l'expansion terminale du tendon perforant. Le clou étant retiré, on agrandit l'ouverture pour faciliter l'accès des médicaments, on soumet l'animal à un traitement antiseptique qui consiste dans des bains au sulfate de cuivre (30 à 40 gr. par litre d'eau). Ce traitement paraît donner les meilleurs résultats ; il prévient la suppuration et la nécrose de l'aponévrose plantaire, phénomènes assez communs à observer après un semblable accident. Guéri du clou de rue, le 9 avril le sujet est reconnu atteint de tétanos, et il meurt du 12 au 13 avril. A l'autopsie, pas d'altérations locales particulières, pas de suppuration ; l'agent antiseptique employé a tué les microbes pyogènes ou septiques, mais il a respecté le microbe du tétanos. On le retrouve à la surface de l'aponévrose plantaire blessée ; il donne des cultures où il est mélangé à d'autres microbes et le produit de la trituration du tissu conjonctif environnant communique le tétanos au cobaye que nous mettons sous les yeux de la Société.

SUR UN MODE POSSIBLE DE TRANSMISSION DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES ANIMAUX ;

Par M. GUINARD, chef de service à l'Ecole vétérinaire de Lyon.

L'observation que j'ai l'honneur de présenter à la Société, qui a pour sujet une cause possible de transmission de la tuberculose aux animaux de l'espèce bovine, n'a peut-être pas une bien grande importance; mais étant donné que nous devons, par tous les moyens possibles, éviter les procédés de propagation de la phtisie, soit à l'homme, soit aux animaux, il m'a semblé qu'il y aurait quelque intérêt à faire connaître les remarques et les expériences que j'ai faites relativement à cette question.

Lors de voyages à la campagne que je faisais pendant les vacances, j'ai été plusieurs fois frappé de l'habitude qu'ont les paysans de certaines régions, d'utiliser pour l'alimentation des bestiaux l'eau des lavoirs, bassins ou mares dans laquelle on lave le linge. Très souvent même, surtout dans les endroits où l'eau fait défaut, on fait boire aux animaux l'eau des baquets dans lesquels on procède au lavage du même linge de la maison.

Sans m'occuper ici des qualités douteuses de ces eaux au point de vue de l'alimentation, il m'a semblé qu'il y avait, dans leur utilisation, un danger que peut-être, dans de circonstances analogues à celles dont je vais parler, il y a lieu de craindre la transmission de la tuberculose aux animaux de l'espèce bovine.

En voyant, pendant les vacances dernières, des animaux boire de l'eau ayant servi au lavage du linge, je me suis souvenu d'un fait que j'ai observé dans un temps où je ne m'occupais pas encore de science médicale.

Dans une petite commune du département de la Loire, je voyais, chaque jour, les vaches d'une ferme conduites à un très petit bassin où on lavait aussi le linge de la maison. Or dans une dépendance de la même ferme était en villégiature une famille de Saint-Étienne dont un des enfants, une jeune

filles de 15 ans, était atteint d'une phtisie très avancée, dont elle est morte depuis. Cette jeune fille crachait beaucoup et mouillait de nombreux mouchoirs qui étaient lavés par la fermière, dans le bassin dont j'ai parlé plus haut.

J'ignore si les vaches ont eu à en souffrir, mais à défaut de ce renseignement il m'était permis de me demander si une eau ainsi souillée de matière tuberculeuse était susceptible de transmettre la maladie.

Je m'en suis assuré expérimentalement en faisant souiller des linges avec des matières tuberculeuses et en les faisant laver ensuite, à l'instar des lavandières, par le garçon de laboratoire.

J'ai puisé dans le baquet une certaine quantité de cette eau et je m'en suis servi pour inoculer un lapin et huit cobayes dans le tissu conjonctif.

Je procédais à l'inoculation le 7 février 1891.

Le 18, deux cobayes sont morts, ils ne paraissaient pas tuberculeux ; ils ne présentaient, à l'autopsie, que des lésions nombreuses de péricardite et de pleurésie, avec fausses membranes, dues probablement à l'action du microbe qu'ont déjà observées MM. Rodet et Courmont, dans des expériences sur la tuberculose.

Le 22 février, le lapin est mort, avec une tuméfaction à la cuisse, mais sans tuberculose.

Le 23 et le 24 deux cobayes sont morts avec des lésions tuberculeuses évidentes et nombreuses. Un autre cobaye est mort tuberculeux pendant le mois de mars. Quant aux autres, ils n'ont rien présenté.

Trois de nos animaux d'expérience ayant contracté la tuberculose, *je conclus que l'eau savonneuse qui a servi au lavage des linges souillés des matières d'expectoration des phtisiques est dangereuse, et que l'habitude que l'on a dans certaines régions de l'employer pour l'alimentation des bestiaux est mauvaise.*

Comme je le disais, dès le début, ce mode de propagation n'est peut-être pas fréquent et très important, mais étant donné que la tuberculose fait de nombreux ravages chez les

animaux bovins et que par leur intermédiaire elle peut être transmise à l'homme, il importe, je crois, de ne pas craindre de signaler et d'éviter surtout les moindres chances de contamination.

Trop souvent on ignore comment la maladie se propage et comment les animaux la contracte.

SUR L'INTOXICATION PAR L'EAU D'ARQUEBUSE.

MM. CADÉAC et A. MEUNIER font une communication sur l'étude expérimentale de l'intoxication par l'eau d'arquebuse ou vulnéraire.

Pendant longtemps toutes les intoxications par les différents produits à base d'alcool ont été considérées comme similaires : ingérer du vin naturel, de l'eau-de-vie simple, ingérer du bitter, de l'eau d'arquebuse, de la chartreuse, de l'eau de mélisse des Carmes, c'est tout un, il y a plus ou moins d'alcool, lui seul produit tout le mal, et même sous le couvert de grands noms ou d'étiquettes trompeuses plusieurs de ces liqueurs passaient pour inoffensives. Or, d'après nos recherches expérimentales, il ressort :

1° Que toute liqueur parfumée, à quantité d'alcool égale, est plus dangereuse que l'alcool simple ;

2° Que l'action nocive de chaque liqueur varie avec la qualité et la quantité des essences qu'elle renferme ;

3° Que toutes les essences ont une modalité d'action spéciale.

Se contenter, comme on l'a fait jusqu'à nous, de l'étude seule de l'essence d'absinthe, c'est un procédé trop simple et trop sommaire qui ne saurait répondre aux désirs légitimes de ceux qui voudraient connaître les effets de toutes les huiles essentielles qui parfument l'eau d'arquebuse. Il entre en effet dans cette boisson spiritueuse, outre l'essence d'absinthe, dix-sept autres essences dont on ne connaît pas les propriétés physiologiques.

Nous nous sommes proposés de combler cette lacune, d'étudier tous ces agents, de tracer le tableau, de dresser la nomenclature de tous les troubles physiologiques et psychologiques qu'ils déterminent, d'évaluer et de représenter en chiffres les aptitudes de chaque produit toxique à développer des symptômes de narcotisme ou de surexcitation, de peser leurs influences relatives et de faire ensuite la synthèse de la liqueur. Il est d'autant plus utile d'être fixé sur tous ces points que l'intoxication par l'eau d'arquebuse est très commune. A Paris, il s'en consomme beaucoup sous le nom de vulnéraire ; dans l'est de la France et dans le Lyonnais, elle passe pour une panacée : c'est la liqueur favorite des femmes du peuple. Prise dans son ensemble, l'eau d'arquebuse comprend, d'après nos recherches :

1° Des éléments épileptisants : la sauge, l'absinthe, l'hysope, le romarin et le fenouil ;

2° Des éléments excito-stupéfiants : le calament, la sa-riette, la menthe, l'angélique, le basilic, la marjolaine et l'origan ;

3° Des éléments stupéfiants et soporifiques : la lavande, la rue, le thym, le serpolet et la mélisse.

Ces divers éléments se groupent de manière à constituer une sorte de pyramide, l'alcool et les essences stupéfiantes en formant la base, les excitants la partie moyenne, les épileptisants le faite. Chaque groupe est responsable d'un certain nombre de symptômes d'intoxication ; or cliniquement, d'après Lancereaux et son élève Casanova, l'empoisonnement par le vulnéraire est marqué par la perte de la mémoire, par la diminution de la volonté, par de l'émotivité exagérée, par des cauchemars terrifiants, par des fourmillements, des picotements, par des sensations subjectives de chaud et de froid, par des hallucinations, par des troubles sensoriels, par des modifications de la sensibilité ; l'hyperesthésie localisée à la région plantaire ou à la région rachidienne ou à la région ovarienne et caractéristique de cette intoxication alcoolique spéciale ; d'après Lancereaux, par des altérations vaso-motrices, par des troubles moteurs, des tremblements,

des crampes, des soubresauts, de la parésie, de la paralysie et douteusement l'attaque d'épilepsie. La plupart de ces troubles toxiques, à l'exception de l'hyperesthésie, sont attribués aux effets de l'alcool; or nous les avons tous reproduits expérimentalement chez le chien, avec les essences qui entrent dans l'eau d'arquebuse, sans le concours de l'alcool. Quels sont donc les éléments aromatiques susceptibles d'amener tous ces désordres ou de s'unir à l'alcool lui-même pour en augmenter les effets nocifs? Nous les ferons connaître dans de prochaines communications.

SUR LE FERMENT GLYCOLYTIQUE DU SANG.

M. le prof. LÉPINE, en son nom et en celui de M. BARRAL, fait une communication sur le ferment glycolytique du sang.

Ces messieurs annoncent qu'ils ont réussi à précipiter le ferment glycolytique en dissolution dans l'eau de lavage des globules au moyen du phosphate de chaux gélatineux. C'est un pas de plus dans l'isolement du ferment glycolytique.

Ils appellent ensuite l'attention sur un résultat fort curieux qu'ils ont parfois observé dans le cours de leurs recherches. Si après la centrifugation d'un sang normal on détermine la teneur du sérum en sucre et qu'on abandonne ce sérum à l'étuve pendant une heure, il peut arriver qu'au bout de ce temps ce sérum devienne un peu plus riche en sucre. Ce fait, paradoxal en apparence, s'explique tout naturellement si l'on tient compte des deux faits suivants :

1° Que le sérum renferme parfois une quantité appréciable de glycogène;

2° Que le ferment glycolytique est tout entier dans les globules blancs et qu'il est absent du sérum.

Cela étant, on comprend parfaitement que le ferment diastasique normal du sang transforme à la chaleur de l'étuve le glycogène du sérum en sucre et que ce dernier ne soit pas détruit, vu l'absence de ferment glycolytique. Ce qui est plus étrange, et à la vérité *excessivement rare*,

c'est que ce sang en entier (et non pas seulement le sérum) s'enrichisse en sucre un certain temps après sa sortie des vaisseaux. Il faut pour expliquer ce fait (qui ne se produit pas une fois sur mille) que le glycogène soit abondant dans le sang et que le ferment glycolytique le soit très peu. Dans ce cas la production du sucre dépasse la destruction. Ainsi, à l'état normal, le chiffre exprimant la perte du sang en sucre au bout d'une heure, n'est que la résultante de deux processus opposés : 1° la formation du sucre dans le sang aux dépens du glycogène ; 2° la destruction du sucre aux dépens du ferment glycolytique, ce dernier processus étant de beaucoup prédominant. *Exceptionnellement*, surtout dans le sérum, le premier peut l'emporter.

Au point de vue de la biologie générale, on ne peut s'empêcher d'être frappé de voir que les mêmes processus ont lieu dans le sang et dans le foie. Cl. Bernard n'a connu que ceux du foie.

M. LÉPINE insiste ensuite sur ce fait que le ferment glycolytique ne provient pas exclusivement du pancréas. Ce qui le prouve, c'est : 1° qu'après l'ablation du pancréas, le pouvoir glycolytique du sang n'est réduit que des quatre cinquièmes environ ; 2° que M. Hédon a vu chez un chien ayant survécu à l'ablation du pancréas le diabète disparaître absolument au bout de quelques semaines. D'après M. Lépine, il y a donc, ainsi qu'il le dit dans sa leçon *sur la pathogénie du diabète*, récemment publiée dans la *Province médicale*, des sources accessoires et vicariantes du ferment glycolytique.

Aussi est-il beaucoup moins absolu que les partisans de l'origine pancréatique du diabète. Il se contente de dire que dans cette maladie il y a diminution du ferment glycolytique ; mais il est loin de prétendre que le pancréas soit seul lésé dans tous les cas de diabète.

ÉLÉPHANTIASIS.

M. TOURNIER, interne des hôpitaux, présente un malade atteint d'une affection singulière qu'il a observée dans le service de M. le professeur Poncet, à l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'un malade qui, en l'espace de trois semaines, il y a huit ans, vit se développer une hypertrophie énorme de ses membres supérieurs et inférieurs avec épaissement du derme de la face. L'hypertrophie n'a pas rétrocedé depuis huit ans; elle porte sur le tissu cellulaire et surtout les os. A peu près chaque mois éclate une crise fébrile liée à une poussée de lymphangite sur les membres inférieurs, etc.

M. LÉON TRIPIER dit qu'il a eu occasion d'observer des malades comparables à celui de M. Tournier; mais il n'existait pas alors de gonflement osseux. C'est pour de tels cas que l'école allemande a jadis recommandé, mais sans résultat, la ligature de l'artère du membre. Il pense qu'il faut chercher le point de départ du mal dans le système lymphatique.

M. CORDIER a vu un seul cas d'éléphantiasis vrai d'un membre. Il s'agissait d'un membre inférieur d'une jeune fille. Mais l'hypertrophie des os qu'on constatait n'avait rien de comparable à celle observée chez le malade de M. Tournier. Cette jeune fille avait présenté des poussées successives de lymphangite accompagnée d'adénopathie, qui laissaient chaque fois le membre plus volumineux. On avait primitivement soigné la malade dans son service, en employant sans succès tous les moyens possibles, y compris la ligature de la fémorale.

M. Cordier a obtenu une guérison remarquable par l'emploi des courants continus. Cependant il ajoute que cette malade était peu comparable à celui qui se trouve l'objet de la discussion.

M. LÉON TRIPIER demande si l'examen du sang a été pratiqué.

M. TOURNIER répond affirmativement : on n'a trouvé ni leucocytose ni filaires.

ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT PORTANT SUR PLUSIEURS CÔTES.

M. DURNERIN, interne des hôpitaux, présente en son nom et en celui de M. Vincent un nourrisson né à la Maternité.

J. G..., né le 14 avril 1891, à six heures du soir. Multipare, 27 ans, dévideuse. Premier enfant en 1886, bien conformé et en bonne santé. Femme grande et bien constituée.

Accouchement O I G A normal, sauf une lenteur assez grande de la dilatation. Durée 24 heures en tout.

Enfant à terme, 0,49 de longueur, 3,350 en poids. Lorsqu'on découvre l'enfant, on note pendant qu'il crie un soulèvement très accusé de la paroi thoracique au-dessus et au niveau du mamelon droit. Pendant l'inspiration, au contraire, il se produit au même endroit une dépression bien visible.

La palpation montre qu'en ce point la partie antérieure des côtes fait défaut. Cet arrêt de développement porte sur les cartilages des 2°, 3°, 4° et 5° côtes et sur l'extrémité antérieure des côtes correspondantes.

On peut enfoncer dans cette dépression une pièce de deux francs.

En promenant le doigt le long du bord sternal, on sent une petite saillie, rudiment de la 3° ou 4° côte.

En dehors on sent les extrémités costales comme si on les avait réséquées sur une longueur de 3 centimètres à leur extrémité sternale.

La clavicule du côté droit est sensiblement normale.

L'omoplate droite a ses dimensions un peu réduites dans tous les sens.

Ainsi on a affaire à une pneumocèle latérale droite, compliquant un arrêt de développement des côtes.

Ce cas a surtout l'intérêt d'une curiosité anatomique. Les exemples en sont rares. C'est à peine si les auteurs consacrent trois ou quatre lignes au plus aux arrêts de développement des côtes. Ils notent que les pneumocèles congénitales siègent presque toujours à la partie supérieure du thorax, dans l'aisselle.

Ce cas se rapproche donc des cas classiques. Billroth a cependant rapporté un cas où l'absence partielle des côtes se montrait à la partie inférieure et antérieure du thorax.

M. CONDAMIN dit qu'à la clinique obstétricale de M. le prof. Fochier on a pu voir un nouveau-né qui présentait un arrêt de développement complet de la voûte crânienne qui faisait défaut. Cette mollesse extrême avait empêché le diagnostic précis de la présentation. Il est à noter que la moindre compression des hémisphères déterminait un exorbitis assez marqué. L'enfant s'est bien élevé.

ÉPITHÉLIOMA ET OSTÉOMYÉLITE DU TIBIA.

M. MARTEL, interne suppléant, présente des pièces provenant d'un malade du service de M. le prof. Poncet (épithélioma développé dans un ancien foyer d'ostéomyélite du tibia).

J. R..., 52 ans. A l'âge de 14 ans : ostéomyélite aiguë de de l'extrémité supérieure du tibia. Guérison spontanée avec persistance d'une fistule qui ne s'est jamais fermée.

Pas de claudication, pas de troubles fonctionnels.

En 1889, poussée d'ostéomyélite prolongée avec persistance de la fistule.

En 1890, premiers signes de dégénérescence épithéliale au niveau de la plaie ; bourgeons et écoulement sanieux, puis douleurs lancinantes dans le membre.

Fracture spontanée en juin 1890 durant la marche. Intervention opératoire partielle à Roanne.

Depuis rapide accroissement des lésions.

En 1891, mois d'avril, amputation de cuisse.

Pièce anatomique : Perte de substance par dégénérescence épithéliomateuse de toute l'épiphyse supérieure du tibia. Destruction étendue de la peau ; vaste cavité anfractueuse se prolongeant dans la diaphyse du tibia. Os réduit à une mince coque osseuse avec envahissement néoplasique des organes sous-jacents à la face postérieure du tibia. Plusieurs fractures spontanées.

Lésions articulaires : Articulation cloisonnée. Deux bourgeons faisant hernie à travers cartilage décollé sur condyle interne du tibia. Intégrité des culs-de-sac articulaires et des condyles du fémur.

PANARIS DE MORVAN CHEZ UN

M. LEMOINE, répétiteur à l'École du taire, présente un malade porteur d'un superficiel aux deux index, panaris si jours, sans cause connue, sans trauma et qui ont été précédés pendant 48 heures très aiguës dans la dernière phase.

Je n'ai pas l'intention de rapporter e de cet homme. Je ne veux insister ici tion de symptômes qui m'a paru intéressante.

Cet homme, âgé de 22 ans, est un alcoolique. À l'âge de 14 ans il s'adonne aux boissons tout à l'absinthe. Depuis six mois, il a des delirium tremens qui ont nécessité son admission à l'hôpital. Il présente depuis trois mois des troubles de la sensibilité.

Les troubles de la motilité, peu accusés, sensation de fatigue dans les membres, engourdissement dans les mains qui diminue de façon assez notable. Pas de parésie du côté des muscles extenseurs propres de la main, ni du côté des muscles du pied.

Les troubles de la sensibilité consistent en douleurs dans les mollets survenant la nuit, et une sensation de constriction au-dessus des malléoles. Quant aux troubles de la sensibilité, ils consistent dans une dissociation analogue à la dissociation sensitive de la sensibilité du tégument sensible au toucher ne l'est pas à la thermo-anesthésie bien que les troubles ont leur maximum, non pas à la partie antérieure, mais à la partie antéro-postérieure de l'avant-bras. Elles existent aussi, moins accusée, sur le dos du pied et d

nouveau plus accentués aux extrémités des orteils et surtout des doigts.

Pas de troubles trophiques. Pas de troubles oculaires. Le champ visuel est normal et la papille ne présente aucune lésion. Pas de troubles psychiques permanents. Il existe de l'insomnie et des rêves caractéristiques.

En face de cet ensemble de symptômes, et surtout des derniers troubles trophiques observés, on peut se demander si on ne se trouverait pas en face d'un cas de syringomyélie au début à type Morvan, rapprochement fait dernièrement par M. le professeur Charcot, survenu chez un alcoolique, ou à une paralysie alcoolique au début d'un type un peu spécial avec dissociation syringomyélique de la sensibilité et panaris analgésique. La marche de la maladie seule pourra nous renseigner à ce sujet. Les symptômes actuels dans tous les cas seraient bien en faveur plutôt d'une affection d'origine centrale.

APPENDICITE ILÉO-CŒCALE.

M. ADENOT présente des pièces provenant d'une jeune fille morte de péritonite consécutive à une rupture de l'appendice iléo-cœcal, malgré une laparotomie pratiquée par M. le docteur Goullioud.

M. Léon TRIPIER fait remarquer que ce cas vient à l'appui de l'opinion des chirurgiens partisans de l'intervention précoce et systématique dans la pérityphlite.

SUR L'ESSENCE DE SAUGE ;

Par MM. CADÉAC et Albin MEUNIER.

Le groupe épileptisant du vulnérable renferme tous les facteurs épileptogènes contenus dans la liqueur d'absinthe, c'est-à-dire l'hysope, l'absinthe et le fenouil. Ces éléments entrent sensiblement dans la même proportion dans l'arque-

buse et dans l'absinthe ; conséquemment produire les mêmes effets et assumer les mêmes propriétés dans les deux liqueurs. La nocuité doit être incontestablement plus grande que dans l'absinthe, car elle renferme, outre ceux précités, deux nouveaux alliés non moins actifs : le sauge et le romarin.

La *sauge* occupe le premier rang de la série par son activité comme par sa quantité quasi maximum d'énergie (1). Ignorée jusqu'à présent, elle est au moins deux fois plus active que l'absinthe. Si, en effet, 15 à 20 centigr. d'absinthe la plus énergique sont nécessaires pour déterminer chez le chien une veineuse pour déterminer chez le chien une veineuse pour déterminer chez le chien que, 5 centigr. d'essence de sauge la même dose dans les veines d'un chien de 6 à 7 kilogr. ont produit une succession de deux à trois crises épileptiques. 10 centigr. ont produit chez un chien quelques types typiques d'épilepsie dans l'espace de quelques heures. 25 centigr. de cette même essence ont produit chez un chien de 21 kilogr. une série de quintes épileptiques. 75 cent. ont tué un chien du même poids. On a obtenu le chiffre énorme de trente-cinq crises épileptiques (tonique et clonique) suivies d'un état comateux et de convulsions bintrants. L'essence de sauge n'est pas si violente à faible dose ; elle provoque des convulsions d'une violence très grande, comme on peut l'observer chez les animaux que nous mettons sous les yeux. La physionomie des animaux frappés d'absinthe est aussi très caractéristique comme on peut le voir sur la photographie instantanée.

Les membres restent longtemps con-

(1) Une essence de sauge s'est montrée beaucoup plus active que l'absinthe. Nous en avons fait connaître les propriétés dans un compte rendu à l'Académie de médecine, 15 fév. 1890.

attaques les sujets manifestent aussi de l'hébétude et souvent du vertige, leurs sentiments affectifs sont transformés, les animaux sont hargneux, méchants, sans être pourtant aussi féroces qu'avec d'autres essences moins épileptisantes que la sauge.

L'origine des attaques épileptisantes déterminées par cette essence est constamment la même; le bulbe est seul indispensable à leur production. La puissance excito-motrice de la moelle n'est nullement modifiée par cette essence; *l'explosion consulsive est exclusivement d'origine bulbaire; la moelle ne fait que la propager.*

La toxicité de l'essence de sauge est aussi surprenante que sa puissance épileptisante. 25 à 30 centigrammes tuent des chiens de 5 à 6 kilogr., 50 centigr. font mourir des chiens de 10 à 15 kil.; 75 centigr. tuent ceux de 20 à 25 kil. sans donner à l'attaque d'épilepsie le temps de se produire. Sa toxicité est hors de pair dans l'eau d'arquebuse ou vulnéraire : aucun autre élément de cette liqueur ne peut lui disputer cette prééminence.

RUPTURE DE L'ARTÈRE FÉMORALE.

M. Maurice Doyon, interne des hôpitaux, présente des pièces provenant d'un malade qui a subi une rupture traumatique de la fémorale.

Un homme fut renversé violemment par une voiture qui lui passa sur la cuisse. Il fut apporté dans le service de M. le professeur Poncet avec une fracture du fémur siégeant à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur.

Des accidents ultérieurs de gangrène obligèrent à faire l'amputation de la cuisse. On trouve outre la fracture une déchirure de la fémorale, déchirure située au niveau du passage de l'artère dans le canal de Hunter.

Il paraît vraisemblable que la rupture a eu lieu par choc direct, c'est-à-dire par un mécanisme comparable à celui que

MM. Ollier et Poncet ont jadis invoqué pour les ruptures traumatiques de l'urètre.

M. Léon TRIPIER demande s'il y avait un déplacement des fragments du fémur fracturé.

M. Doyon répond que les fragments étaient engrenés ; d'autre part, le malade ne peut fournir que des renseignements vagues sur la façon dont s'est produit l'accident.

M. Léon TRIPIER. Chez un individu jeune, les ruptures artérielles sont consécutives, soit à un choc, soit à des tractions exagérées, à de la distension. Il a dû amputer jadis un homme âgé dont l'artère humérale s'était rompue consécutivement à des tentatives de réduction d'une luxation scapulo-humérale. Il apparut bientôt des signes de gangrène ; l'hyperthermie qui se produisit aussitôt obligea M. Tripier à désarticuler l'épaule d'urgence. On trouva à la fois luxation et fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. Les membranes internes du vaisseau étaient seules rompues, et il était oblitéré par des caillots.

L'observation a d'ailleurs été communiquée au Congrès français de chirurgie.

Dans ce cas-là, la rupture avait été effectuée par traction et non par choc.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DES PRODUITS SÉCRÉTÉS PAR LE BACILLE PYOCYANIQUE ;

Par MM. J.-P. MORAT et Maurice DOYON.

A l'occasion de recherches datant déjà de plusieurs années l'un de nous a indiqué l'action élective très caractéristique de certains poisons sur l'ensemble des nerfs de la vie de nutrition (nerfs sympathiques). L'étude des produits solubles sécrétés par les microbes pathogènes doit entrer dans ce plan général de recherches. Cette étude à la vérité confine à la fois à la pathologie expérimentale et à la physiologie proprement dite. C'est le point de vue physiologique à peu près exclusivement qui ici nous a guidés. Nous donnons sommairement les résultats que nous avons obtenus en expérimentant le bacille pyocyanique ou mieux son produit soluble, car bien que la séparation des éléments

figurés n'ait sûrement point été parfaite avec le mode de filtration que nous avons employé, on ne peut guère hésiter à attribuer à leurs produits sécrétés les modifications si promptes de l'excitabilité de certains nerfs qui se sont manifestées après l'introduction de ces substances dans le sang ou simplement dans le tissu cellulaire.

Les animaux expérimentés ont été le chien, le lapin et le chat. Les nerfs choisis comme types d'appareils nerveux à fonction définie étaient le pneumogastrique, le grand sympathique, le nerf tympanico-lingual ou corde du tympan. On s'assurait par une épreuve préalable du degré d'excitabilité de ces différents nerfs; l'excitant était celui qu'on emploie journellement pour mettre en jeu leur fonction : les courants induits alternatifs de fermeture et de rupture.

Voici les résultats :

Sur le lapin : après une injection dans les veines qui pouvait varier de 10 à 20 c. c. du produit filtré, le *pneumogastrique* perdait en grande partie ou même en totalité son pouvoir inhibiteur sur le cœur; cette action du pyocyanique qui le rapproche de certains poisons du cœur est une donnée, croyons-nous, nouvelle et inédite. — Le *grand sympathique* tel que le comprennent les anatomistes est un vaste système comprenant la plus grande partie des nerfs vaso-moteurs, des nerfs sécréteurs et des autres nerfs moteurs involontaires; l'action du liquide pyocyanique sur les nerfs vaso-moteurs a déjà été recherchée par MM. Charrin et Gley. Ces auteurs ayant vu que chez l'animal intoxiqué par ce produit l'excitation du nerf sensitif de l'oreille n'est plus suivie de la réaction vaso-dilatatrice habituelle, ils en concluent que les vaso-dilatateurs sont paralysés. Nous arrivons à la même conclusion, mais par une méthode plus directe et partant plus probante. Le grand sympathique contient non seulement des nerfs constricteurs, mais en même temps des dilatateurs répartis, mélangés en proportions différentes suivant les animaux, suivant les régions (Dastre et Morat). Pour manifester chez le lapin les constricteurs de l'oreille, il suffit d'exciter le sympathique au cou. — On peut voir

que dans l'intoxication pyocyannique ces nerfs sont respectés, car la constriction se fait comme avant. Pour mettre en jeu chez le même animal les dilatateurs auriculaires, il faut porter l'excitation sur une autre région du sympathique, soit sur ses centres d'origine dans le moelle cervico-thoracique, soit préféablement sur la partie supérieure de la chaîne thoracique au-dessous du ganglion cervical inférieur. On provoque sur l'animal indemne une belle rougeur de l'oreille. Quand l'animal est sous l'influence du poison pyocyannique cette vaso-dilatation ne se reproduit plus, même sous l'influence de fortes excitations de cette portion du sympathique, et par contre il se produit une vaso-constriction, preuve nouvelle de la coexistence dans le sympathique de deux ordres d'éléments vaso-moteurs antagonistes qui se trouvent ainsi dissociés par la paralysie isolée de l'un d'eux. Notons encore que l'action des constricteurs reste visible, malgré l'état de resserrement toujours assez prononcé qui suit l'injection du liquide pyocyannique.

On donne bien ainsi la preuve directe de la paralysie des nerfs dilatateurs. Ajoutons que l'excitation du nerf tympanico-lingual cesse également dans ces conditions de produire la rougeur de la langue. Le sympathique cervical conserve son action dilatatrice sur la pupille, résultat en lui-même assez curieux, étant données les analogies si grandes des nerfs irido-dilatateurs avec les vaso-dilatateurs. L'action sur ces derniers serait donc bien spécifique, tandis que le même poison le rapprocherait des cardio-modérateurs.

Chez le chien aucun de ces résultats n'a été obtenu. Le sympathique et le pneumogastrique ont conservé leur excitabilité, et cela même en opérant avec des doses comparativement plus élevées. Cette différence avec le lapin, quand il s'agit non plus du développement du microbe, mais de l'action du produit sécrété, est assez difficile à expliquer dans l'état actuel de la science.

Nous ne nous dissimulons pas que la notion de dose est ici tout arbitraire, puisqu'il aurait fallu pour la fixer, isoler

et peser le produit actif; mais les résultats énoncés ci-dessus n'en gardent pas moins leur valeur comparative. Pour fixer approximativement par sa virulence la toxicité du liquide employé, disons que un centimètre cube de la culture injectée dans les veines d'un lapin le tuait en 24 heures.

Enfin sur un autre animal, sur le *chat*, nous avons recherché les modifications d'excitabilité des nerfs sécréteurs (sudoripares), nerfs également de provenance sympathique; ces modifications nous ont paru nulles ou peu appréciables, aussi bien que celles des nerfs vaso-moteurs ou pupillaires chez le même animal.

Même en suivant l'ordre exclusivement physiologique qui nous a guidés, ces recherches présentent encore de grandes lacunes; telles qu'elles néanmoins nous avons pensé qu'elles seraient de nature à intéresser ceux qui, à des points de vue très divers, poursuivent actuellement cette étude.

PLEURÉSIE SÉREUSE; TUBERCULOSE; CARCINOME.

M. ARTAUD, interne des hôpitaux, présente les pièces provenant d'une malade morte dans le service de M. le professeur Renaut.

Entrée à l'hospice du Perron en février 1888, la malade portait comme diagnostic : *Sénilité*. Elle était âgée de 71 ans.

On ne relevait dans ses antécédents héréditaires ou personnels aucune affection particulière. Elle avait toujours eu une bonne santé. Elle n'était pas mariée.

Vers la fin du mois de septembre 1890, elle se plaignit d'un point de côté assez intense pour l'empêcher de marcher et de vaquer à ses occupations.

On remarqua à ce moment une légère voussure de la cage thoracique droite, de la diminution des vibrations thoraciques, une matité remontant au-dessus de l'omoplate. On entendait un souffle presque tubaire au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Il y avait de l'ægophonie.

La température oscillait entre 38° et 38°,5.

La ponction permit de constater dans la portion droite de la cage thoracique la présence d'un liquide séreux, citrin.

Rien de particulier du côté de la toux et des crachats; pas d'oppression. Aucun signe du côté de l'autre poumon.

A ce moment, M. le prof. Renaut porta le diagnostic de pleurésie tuberculeuse.

Cet état persista pendant de longs mois. La température dépassait rarement 38°,3. Mais la cachexie s'était établie et progressait; l'amaigrissement augmentait. Un disque notable d'albumine était constaté dans les urines.

Peu à peu, toutefois, l'épanchement semblait s'être en partie résorbé; un vésicatoire placé au commencement de ce mois d'avril parut hâter sa résorption.

Mais brusquement, vers le 14 ou 15 avril, la température atteignit 39° et 39°,5. Un état de torpeur, de prostration s'établit, l'appétit cessa complètement, et la malade ne se soutint plus que par l'alcool et des injections d'éther.

L'abdomen se ballonna, devint dur, sonore.

M. Renaut diagnostiqua une poussée de tuberculose. La mort survint le 22 avril.

A l'autopsie on trouva les lésions suivantes :

Reins : présentent la dégénérescence sénile et sont pleins de kystes parfois volumineux contenant un liquide brun noirâtre.

Foie : grassex ; vésicule biliaire hypertrophiée et contenant des calculs.

Cerveau et rate intacts, ainsi que les muqueuses stomacale et intestinale.

Cœur : grassex ; léger degré de myocardite segmentaire.

Cage thoracique : à gauche, rien de particulier à noter, si ce n'est le volume anormal du poumon et quelques signes de tuberculose. A droite, la cavité thoracique contient environ un litre et demi d'un liquide floconneux, citrin.

Le poumon ratatiné adhère aux parties voisines par des fausses membranes qui se rompent facilement.

Le sommet du poumon présente des tubercules géants et

de la boue tuberculeuse. Une assez grande quantité de matière caséuse recouvrait les parois costale et diaphragmatique.

Les côtes sont friables et envahies par la tuberculose.

M. RENAUT fait remarquer que cette forme de tuberculose est rare. Il y a là un énorme tubercule géant occupant la totalité du lobe supérieur du poumon droit. C'est là une pneumonie tuberculeuse lobaire qui a évolué silencieusement, étant cachée par une pleurésie. Le diagnostic de *pleurésie phthisiogène d'emblée* avait pu être posé en raison de cette dissociation des signes cliniques (non concordance des foyers d'œgophonie et de souffle, etc.) sur laquelle M. Renaut a insisté déjà à plusieurs reprises.

L'intérêt de l'observation clinique tient à ce que la pleurésie a tout à fait dissimulé l'évolution de cette pneumonie tuberculeuse. Il est d'ailleurs rare de voir une telle lésion tuberculeuse coïncidant avec un épanchement intra-pleural aussi considérable ; d'ordinaire, la maladie évolue comme une affection pneumonique. Il faut aussi noter l'envahissement des côtes et des espaces intercostaux par la matière tuberculeuse.

M. PERRET demande si M. Renaut ne pense pas que l'épanchement pleurétique ait joué un rôle dans la limitation du processus tuberculeux.

M. RENAUT pense que cela est parfaitement possible ; cependant les lobes inférieurs du poumon n'étaient point atelectasiés ; aussi le rôle de l'épanchement n'a-t-il pas été exclusif.

M. RENAUT, à propos du procès-verbal de la dernière séance, dit qu'on se souvient du poumon qu'il avait fait présenter à la Société par son interne M. Artaud. On y trouvait tout un lobe frappé d'une caséification massive, géante, ainsi que des masses inter et intra-costales.

Le microscope a montré que ces soi-disant lésions tuberculeuses étaient en réalité constituées par un superbe carcinome caséifié en bloc, à la façon des produits tuberculeux, qui avait envahi la paroi thoracique et tué le malade par le mécanisme d'une pleurésie qui jusqu'à la fin resta absolument séreuse.

DU PIED CREUX DANS LA TUBERCULOSE DU GENOU.

M. Ch. AUDRY, chef de clinique chirurgicale, fait une communication sur l'existence du pied creux chez les malades atteints de tuberculose du genou.

Il y a trois mois, entra à la clinique de M. le professeur Ollier une fillette de 10 ans, qui avait subi deux ans auparavant une résection intra-épiphysaire du genou pour une ankylose tuberculeuse de cette articulation. Guérie de sa résection, elle présentait du côté du pied du côté opéré une déformation notable. Ce pied était devenu *très creux*; cette excavation, prononcée surtout en dedans, au niveau du scaphoïde qui semblait tendre à être énucléé, ne se combinait avec aucun degré de valgus. Un érysipèle étant survenu sur le membre anciennement opéré, il se forma un abcès au niveau de la saillie scaphoïdienne; nous l'incisâmes et pûmes constater qu'il n'existait aucune lésion scaphoïdienne. Notre attention fut alors attirée sur l'attitude du pied des membres inférieurs réséqués du genou. Voici ce que nous avons pu constater :

1^o Marie Is..., 10 ans. Salle Saint-Pierre, 26. Résection intra-épiphysaire du genou gauche atteint d'ankylose à angle aigu, consécutivement à une tumeur blanche. Revue guérie deux ans plus tard. Le pied présente un degré d'excavation très prononcé.

2^o Henri Cos..., 32 ans, salle Saint-Sacerdos, 28. Tuberculose du genou ancienne de 15 ans; réséqué il y a dix mois (genou droit), complètement guéri. Le malade, qui ne se servait plus de son membre depuis trois ans, a commencé à marcher il y a six mois. Pied creux modéré, mais très appréciable.

3^o Charles Raf..., 21 ans. Salle Saint-Sacerdos, 20. Tuberculose suppurée du genou gauche datant de sept mois. Réséqué il y a deux mois. En traitement. Pied creux très appréciable.

4^o Philippine Fig..., 18 ans. Salle Saint-Pierre, 24. Tuberculose du genou droit, datant de quatre ans. Réséquée il y a 50 jours; à peu près guérie. Pied creux très appréciable.

La déformation manquait sur un enfant qui avait subi une résection de la hanche et une résection intra-épiphysaire du genou du même côté.

V..., garçon de 8 ans. Tuberculose de la hanche et du genou gauche. Résection de la hanche, puis du genou du même côté, il y a deux ans. Guéri, sauf un trajet fistuleux coxal, en voie d'oblitération. Son pied, notablement moins long que celui de l'autre côté, est normalement excavé.

Nous avons alors examiné les malades atteints de tuberculose du genou n'ayant pas subi de résection ; voici les résultats constatés :

1^o Lucie F..., 21 ans, salle Saint Pierre, 13. Tuberculose du genou droit datant de huit ans ; elle ne marche plus du tout depuis un an. Pied creux très prononcé (a été réséquée depuis lors).

2^o Marie Ma..., 21 ans. Salle Saint-Pierre, 28. Tuberculose du genou gauche, datant de dix ans ; elle ne marche plus depuis quatre mois. L'excavation du pied est normale (a été réséquée depuis lors).

3^o Emma Mau..., 8 ans, salle Saint-Pierre, 2. Ancienne tuberculose du genou, spontanément guérie, mais en ankylose à angle obtus, avec un certain degré de subluxation en arrière. Pied creux très appréciable. (A été redressée depuis lors.)

4^o Philomène Dés..., 21 ans, salle Saint-Pierre, 25. Ancienne synovite tuberculeuse du genou gauche en voie de guérison. Pied creux modéré, mais très appréciable.

5^o Beauth..., 30 ans, salle Saint-Sacerdos, 8. Tuberculose du genou droit. Pied creux très accusé.

6^o Auguste Bes..., 10 ans, salle Saint-Sacerdos, 41. Tuberculose du genou droit datant de deux ans (a subi depuis lors une résection intra-épiphysaire du genou). Pied normal.

Ainsi, sur 6 malades atteints de tuberculose du genou, non opérés, et se présentant dans des conditions d'âge, d'attitudes, de douleurs, etc., très variables, nous avons trouvé quatre fois un pied creux très marqué.

Nous avons alors examiné à ce point de vue quelques malades atteints d'affections articulaires ou ostéites du membre inférieur, autres que la tuberculose du genou. Voici ces résultats :

1^o Porch..., 15 ans, salle Saint-Sacerdos, 8. Genu valgum double, beaucoup plus prononcé du côté droit. Aucune inégalité dans le degré d'excavation du pied.

2^o Marie Rog..., 9 ans, salle Saint-Pierre, 2. Coxalgie droite, en abduction et rotation en dehors : nulle trace de pied creux.

3^o Philomène V..., 18 ans, coxalgie suppurée ; résection de la hanche, il y a six mois ; pas de pied creux.

4^o François X..., salle Saint-Sacerdos, 19. Synovite fongueuse de la bourse de la patte d'oie consécutive à un tubercule juxta-épiphysaire du tibia ; pas de pied creux.

Les faits précédents nous ont fait connaître l'existence d'un pied creux sur les membres inférieurs atteints de tumeurs, ce qu'on ne retrouve pas sur des membres atteints d'autres maladies du genou ou du pied.

Ce pied creux est direct, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de déviation latérale prononcée; dans les cas légèrement prononcés, en agissant sur l'extrémité inférieure; mais il se reproduit d'autre part, l'on exerce la pression sur le pied du côté malade reste sain.

A quoi faut-il attribuer sa formation? On peut penser à l'action du poids du corps sur le pied en flexion; mais d'abord la déformation devrait se retrouver chez les malades atteints d'autres lésions; en effet, dans les cas où les malades se trouvaient immobilisés dans des appareils silicatés, l'action du poids des couvertures était depuis longtemps éliminée; la constatation de contracture du pied, la constatation de cette dernière; 3° On a vu que dans les simples attitudes la cause de la déformation des membres malades se trouvait dans des degrés variables de modifications de statique; car les membres ne peuvent être immobilisés sans que le pied creux sur des membres malades ne se produise.

Mais nous savons que parmi les causes du pied creux figure la paralysie du muscle du calcanéum bascule autour de son point d'insertion, l'extrémité antérieure se relève, et

(1) V. Onimus : *Rev. chir.*, 1882

se trouve *ipso facto* augmentée de profondeur ; en effet, les fléchisseurs du pied sur la jambe (tibial et péronier antérieurs) ne s'insèrent pas assez en avant de la clef de la voûte pour pouvoir efficacement maintenir cette dernière à son effacement normal. Les longs extenseurs des orteils ne sont pas assez solidement bridés pour remplir le même office.

C'est donc, non pas à une paralysie complète du triceps sural que nous attribuons la production du pied creux, mais bien à sa paresse, à l'insuffisance dont il se trouve frappé par l'atrophie du muscle, atrophie constamment secondaire à la tumeur blanche du genou.

Du reste, même si l'on accepte cette hypothèse, il ne paraît pas que cette déformation entraîne de bien graves inconvénients, probablement parce que la déviation n'est pas accompagnée de valgus ; en effet, nous n'avons pas eu l'occasion d'examiner à ce point de vue d'anciens réséqués du genou ; mais jamais M. le professeur Ollier, qui a une si grande expérience de la question, n'a vu son attention attirée de ce côté par ses anciens opérés. Peut-être le seul fait de la marche habituelle ou de la restitution fonctionnelle du triceps sural atténue-t-il plus tard la déformation. Cependant il ne faudrait pas trop y compter : on sait que rien n'est plus tenace que les atrophies des muscles consécutives à des arthrites tuberculeuses. Elles se réparent en partie ; mais ne se guérissent jamais intégralement.

M. Léon TRIPIER fait remarquer que l'exploration électrique (galvanique et faradique) des muscles des régions antérieures et postérieures de la jambe peut seule permettre d'affirmer la réalité de l'explication donnée par M. Audry du fait qu'il rapporte. Dans le cas où cette exploration qui manque ne confirmerait pas la théorie acceptée par l'auteur, il y aurait évidemment lieu de chercher dans les attitudes habituelles l'origine de la déformation constatée.

ALCOOLISME CHRONIQUE AVEC DISSOCIATION DE LA SENSIBILITÉ ET PANARIS ANALGÉSQUES SUPERFICIELS ;

Par G. LEMOINE, Répétiteur à l'École du service de santé militaire.

D... (Joseph), soldat au 158^e de ligne, 18 mois de service, ne présente aucun antécédent héréditaire méritant d'être signalé. Son père, rhumatisant, a 53 ans et se porte bien. Sa mère, trois frères et une sœur sont également en bonne santé. On ne trouve de ce côté aucune trace de névropathie; pas d'alcoolisme.

Comme antécédent personnel, D... a eu le croup à l'âge de cinq ans et depuis cette époque ne s'est jamais mis au lit pour une affection quelconque. Depuis l'âge de quatorze ans le malade s'adonne à la boisson. Tous les matins à jeun il prend plusieurs verres d'eau-de-vie et dans la journée de l'absinthe. C'est surtout cette dernière boisson qu'il préfère. D... d'ailleurs ne semble pas s'être ressenti de ces excès, il n'accuse que des vomissements pituitaires le matin à jeun survenant depuis deux ou trois ans seulement. Sa santé générale est restée excellente jusqu'à l'année dernière. A cette époque le sommeil a commencé à être troublé fréquemment par des rêves caractéristiques; en même temps il souffre souvent, la nuit surtout, de crampes très douloureuses dans les mollets, les cuisses et les avant-bras. Ces crampes durent trois à quatre minutes et cessent par de fortes frictions. Pas de douleurs fulgurantes, pas de douleurs en ceinture, pas de fourmillements dans les extrémités; cependant il sent ses doigts raides, moins souples qu'autrefois; il a à ce niveau une sensation d'engourdissement continu, et remarque que les mains et les pieds sont toujours froids. De plus, les marches militaires le fatiguent plus que dans les premiers mois de service. Le malade ne signale aucun autre trouble, soit du côté de la motilité, soit du côté des organes des sens.

A deux reprises, le 19 janvier et le 8 avril D... est entré

dans notre service à la suite d'un accès de délirium tremens, consécutif chaque fois à des excès d'absinthe. A chacun de ces séjours les mêmes troubles ont été constatés. Les panaris cependant ne sont survenus qu'à sa seconde entrée à l'hôpital.

Etat actuel. D... présente toutes les apparences d'une excellente santé ; de constitution vigoureuse, on ne constate chez lui à un premier examen que les quelques troubles signalés plus haut, insomnie, crampes douloureuses dans les mollets, les cuisses et les avant-bras ; sensation d'engourdissement et de froid aux pieds et aux mains ; fatigue survenant plus rapidement pendant les marches militaires ; pas de troubles intellectuels. Aucun trouble du côté des autres organes, cœur, poumons, rein. L'appétit est bien conservé ; quelques pituites matinales. Le foie déborde un peu les côtes, n'est pas douloureux à la pression. Cependant D... présente déjà un certain nombre de troubles morbides du côté de la motilité et surtout du côté de la sensibilité.

Pas de paralysie apparente des extenseurs, ni du côté des membres inférieurs, ni du côté des membres supérieurs, et il résiste aussi bien lorsqu'on veut fléchir que lorsqu'on veut étendre malgré lui les pieds ou les mains.

Cependant il serre mal les objets avec les mains, et la force dans ce cas est assez notablement diminuée.

Du côté des membres inférieurs on ne peut déceler aucun trouble bien apparent de la motilité, et cependant quand il marche, dit-il, il a la sensation d'un poids attaché aux extrémités inférieures des jambes. Pas d'atrophie musculaire.

La sensibilité est altérée très notablement sous un de ses modes. Le plus léger contact est senti aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs et sur le tronc ; il n'en est pas de même de la piqure faite avec une épingle. Celle-ci est perçue comme contact, mais ne produit aucune douleur, et cela dans des régions bien déterminées et malgré une piqure traversant en entier un repli de la peau. Cette analgésie cutanée existe sur le dos du pied, sur l'extrémité

des orteils mais moins marquée, sur la région antéro-externe de la jambe, limitée en dedans par la crête du tibia et en dehors par le péroné, sur la région antérieure de la cuisse jusqu'au pli inguinal. La piqure, au contraire, est perçue dans les autres régions du membre inférieur : plante des pieds, mollet, partie postérieure et interne des cuisses.

Au membre supérieur on constate les mêmes troubles sensitifs sur le dos de la main, mais surtout sur la face postérieure de l'avant-bras. Ils sont à peine marqués au bras, à la face palmaire et à la région antérieure de l'avant-bras.

Il n'y a pas de thermo-anesthésie bien nette. Cependant aux régions antéro-externes de la jambe il se trompe souvent, prenant le corps chaud pour le froid et inversement, bien que les températures de ce corps soient moyennes : 40°, 35°, et de 10° à 20°.

La disposition des zones analgésiques est tout à fait symétrique, et il n'existe aucune différence dans le degré d'analgésie d'un côté à l'autre. Le tronc et la peau sont absolument indemnes. Le sens musculaire est bien conservé. Les contractions provoquées par la faradisation sont douloureuses. Les réactions produites par les courants faradiques ou continus sont partout normales.

Il dit se fatiguer vite en lisant depuis quelque temps. L'examen de l'appareil de la vision n'a permis de constater qu'un léger degré d'hypermétropie. Pas de rétrécissement du champ visuel. Pas d'inégalité des pupilles. Pas de trouble du fond de l'œil. Pas de trouble de l'odorat, du goût, de l'ouïe. Pas de bourdonnement dans les oreilles. Pas de vertiges.

Les réflexes rotuliens sont bien conservés. La marche est normale. Pas de tremblement des mains.

Le 4 avril, c'est-à-dire quatre jours avant sa seconde entrée à l'hôpital, le malade, sans qu'il puisse signaler une cause quelconque à cet accident, a ressenti tout à coup la nuit des élancements très douloureux au bout de l'index droit, élancements qu'il compare à des coups de canif, et qui lui arrachèrent des cris.

Le lendemain matin, se développait un œdème considérable de la dernière phalange, en même temps qu'apparaissait une vésicule autour de l'ongle remplie de sérosité louche. Le surlendemain un coup de bistouri était donné à la face palmaire de cette phalange donnant issue à quelques gouttes de pus. Cette incision ne fut nullement douloureuse. Le soir de ce même jour, se produisait à l'index gauche, d'une façon un peu moins intense cependant, exactement les mêmes phénomènes douloureux suivis aussi d'un gonflement de l'extrémité du doigt et de l'apparition d'une tourniole. Toute douleur disparut le jour suivant, et le jour de son entrée à l'hôpital on peut facilement se rendre compte que l'extrémité des deux index est complètement insensible à la douleur et peu sensible au chaud et au froid; le toucher cependant est conservé. Ces deux accidents guérissent, il n'y eut pas de nécrose de la phalange. On ne sentait d'ailleurs à travers la plaie aucune partie osseuse dénudée.

En somme, l'histoire clinique de ce malade peut se résumer ainsi : excès alcooliques depuis sept ans environ, abus de l'absinthe principalement. Pas de troubles de la santé jusqu'à son arrivée au régiment et pendant la première année de service. Depuis un an environ, insomnie et cauchemars caractéristiques, deux accès de délirium tremens, fatigues survenant plus rapidement pendant les marches, sensation de poids dans les membres inférieurs, de raideur dans les mains, troubles de la sensibilité consistant en une analgésie cutanée complète, limitée à certaines régions des membres inférieurs et supérieurs, l'insensibilité au froid et à la chaleur étant peu marquée, et la sensibilité au contact étant parfaitement conservée. Enfin, apparition récente et brusque de deux panaris superficiels en deux points exactement symétriques des membres supérieurs.

Il ne nous semble pas douteux que nous avons affaire chez ce malade à des accidents d'origine alcoolique, et que l'alcoolisme seul est ici en cause. La disposition des plaques d'anesthésie est bien en faveur, en effet, du développement de névrites multiples, d'origine toxique.

Comme cela a lieu ordinairement, les troubles de la sensibilité sont les premiers en date, et nous avons sous les yeux une paralysie alcoolique tout à fait au début, qui probablement se complètera un jour ou l'autre par des troubles plus accentués de la motilité. Mais nous avons en outre ici deux phénomènes dignes de remarque, la dissociation de la sensibilité d'une part, et d'autre part l'apparition de panaris superficiels et symétriques, phénomènes qui appartiennent à deux affections réunies en une seule par M. le professeur Charcot dans une de ses dernières leçons cliniques sous le nom de syringomyélie à type Morvan. La disposition des zones d'anesthésie qui sont dans la syringomyélie limitées par des lignes circulaires, l'absence d'atrophie musculaire, de scoliose, de troubles oculaires et de tout autre phénomène se rapportant au cadre de cette affection, ne nous autorisent pas à discuter ici le diagnostic d'une syringomyélie au début. Nous avons voulu simplement rapporter cette observation à cause de l'association chez un alcoolique de deux symptômes non encore observés, et faisant partie d'une affection dont l'origine centrale est admise par tous.

On est en droit de se demander, en effet, si ces symptômes n'ont pas aussi, dans le cas présent, la même origine. La disposition symétrique des régions atteintes d'analgésie est aussi parfaite que possible ; de plus, l'apparition brusque, à deux jours d'intervalle, d'un panaris à chacun des index, en des régions ayant absolument les mêmes limites, sans traumatisme antérieur, sans cause occasionnelle d'aucune sorte, n'est-elle pas en faveur d'un trouble pathologique de quelque nature qu'il soit, ayant pour siège deux centres très voisins l'un de l'autre ? La cause irritante, très active dans le premier centre, qui a sous sa dépendance l'extrémité de l'index droit, aurait propagé ses effets au centre contigu où elle se serait pour ainsi dire éteinte, après avoir provoqué des manifestations morbides moins accentuées, comme nous l'avons vu, dans la région symétrique.

FRACTURE DE LA COLONNE VERTÉBRALE AVEC PARAPLÉGIE;
GUÉRISON.

M. VILLARD présente au nom de M. Gangolphe un malade de la salle Saint-Pothin à l'hôpital de la Croix-Rousse.

Ce malade, un homme robuste de 38 ans, fut apporté à l'hôpital le 27 septembre dernier, pour une fracture de colonne à la région dorso-lombaire. Il était tombé d'une hauteur de 4 à 5 mètres à plat sur la région dorsale. A son entrée on constate au niveau des premières lombaires une légère saillie au point de la fracture. Paralysie totale des membres inférieurs, pas de contracture, pas de crampe; abolition du réflexe rotulien. Rétention totale des urines; constipation ne cédant qu'aux lavements.

Pas de phénomènes d'érection.

Aucun trouble de la sensibilité, ni au contact, ni à la piqure, ni à la chaleur.

Le malade est immobilisé simplement dans une grande gouttière Bonnet.

Au bout de quinze jours, la rétention d'urine cessa, le malade put aller spontanément à la selle. Quant à la motilité, elle ne commença à reparaître que 45 jours après l'accident. A ce moment le malade peut exécuter quelques légers mouvements des orteils.

Le malade fut sorti de la gouttière le 70^e jour et progressivement il parvint à se maintenir dans la station verticale et à marcher.

Aujourd'hui il est venu à pied à la Société des sciences médicales; la démarche est encore un peu hésitante, mais elle n'est pas très pénible.

On constate actuellement une saillie assez marquée au niveau de la région dorso-lombaire. Aucune douleur en ce point. Pas d'atrophie bien marquée des membres inférieurs. Exagération très nette des réflexes; trépidation épileptoïde surtout accentuée à gauche.

Aucun trouble de la sensibilité.

Rien du côté de la vessie ni du rectum.

Cette observation est intéressante, car elle ajoute un cas de plus à la série des fractures de la colonne guéries sans trépanation, alors qu'il existait pourtant une paralysie complète des membres inférieurs, et des troubles vésicaux et rectaux.

M. Léon TRIPIER fait remarquer qu'il subsiste encore une déformation au niveau de la fracture. En général, il est peu partisan des interventions opératoires, en cas de paralysie complète, peu après l'accident. Cependant il pense que dans ce cas particulier l'extension pratiquée avec l'appareil de Rauchfuss aurait pu donner de très bons résultats en raison du siège lombaire de la lésion. Par ce moyen, la déformation que l'on peut encore constater eût été probablement diminuée; il croit même qu'il y aurait avantage à pratiquer encore cette extension pendant quelque temps.

EMPYÈME CHEZ UN TUBERCULEUX.

M. le docteur F. MOUISSET présente un malade tuberculeux guéri d'une pleurésie purulente par la pleurotomie.

Un jeune homme, âgé de 24 ans, présentait les signes d'un grand épanchement purulent du côté droit, pour lequel la pleurotomie était indiquée.

Cependant, l'aspect du malade, ses antécédents, les symptômes pulmonaires, la présence du bacille de Koch dans les crachats montraient qu'on était en présence d'un tuberculeux, et l'auscultation semblait révéler la fonte de lésions tuberculeuses étendues.

Toutefois, cette crainte était diminuée par le raisonnement. Notre malade, avant le début de sa pleurésie, toussait, mais ne crachait pas. Le ramollissement des tubercules devait donc être de date récente, et comme les accidents aigus remontaient à 20 jours seulement, il fallait admettre une tuberculose aiguë à forme bronchopneumonique. Or, on sait que l'empyème complique très rarement les formes aiguës de la tuberculose pulmonaire. Les bacilles de Koch existaient dans les crachats, mais on en comptait 5, 6, 10 au maxi-

mum, dans un champ du microscope, et leur nombre est en général beaucoup plus considérable dans les cas de tuberculose à marche rapide.

Cette contradiction dans les résultats de l'examen permettait de croire à une dissociation des lésions pulmonaires. Il était possible que chez notre malade, à côté des lésions tuberculeuses légères, il y eût un élément catarrhal, une bronchite intense, c'est-à-dire des lésions superficielles n'entraînant pas la destruction du parenchyme pulmonaire et susceptibles de guérison.

La pleurotomie a été pratiquée le 6 mars.

Deux mois après, le 6 mai, le malade, complètement guéri depuis 10 jours, est présenté à la Société des sciences médicales. Non seulement la plèvre est cicatrisée, mais les signes pulmonaires ont disparu, à tel point que l'auscultation seule ne permet pas de faire le diagnostic de tuberculose.

Woillez insistait sur la réserve qu'il convient d'apporter dans l'appréciation des signes stéthoscopiques constatés au sommet du poumon que comprime un épanchement pleurétique.

Moutard-Martin rapporte des observations de malades qu'il avait refusé d'opérer, en croyant à une fonte tuberculeuse du poumon, et chez lesquels l'autopsie a montré l'absence de tubercules. Après la découverte de Koch on a recommandé de rechercher les bacilles pour trancher la question dans ces cas difficiles. L'examen bactériologique renseigne sur l'existence de la tuberculose, mais l'appréciation de l'étendue des lésions pulmonaires exige une étude minutieuse de tous les symptômes. Un diagnostic précis ne sera pas toujours facile, mais dans le doute il peut être bon de ne pas s'abstenir.

RÉSECTION DES CÔTES CHEZ UN PLEURÉTIQUE.

M. le docteur VINAY présente un malade guéri d'une pleurésie purulente par une résection costale pratiquée par M. le

professeur Poncet. Le malade présente en outre des déformations des orteils congénitales.

M. Raymond TRIPIER fait observer que la pleurotomie semble être actuellement considérée comme le traitement spécifique de l'empyème. Il demande pourquoi avant de la pratiquer on n'essaie pas le siphon de Potain qui est susceptible de guérir la maladie plus vite et à moins de frais. Il a présenté jadis plusieurs malades guéris par ce procédé. L'un d'eux, très comparable à celui de M. Vinay, avait comme lui eu une vomique ; on l'avait réformé au régiment comme phtisique. Il guérit vite et bien par le siphon de Potain.

Il est à noter que le malade de M. Vinay ne présentait pas les signes d'une cavité à contenu hydro-aérique. Les signes manquaient également chez son malade ; c'est que la seule présence de l'air et de l'eau dans une cavité ne suffit pas pour produire ces bruits. Dans la pleurésie, les parois du thorax peuvent être trop épaissies pour résonner.

M. VINAY ne pense pas que le simple siphon, voire même la pleurotomie ordinaire, eussent suffi à guérir son malade. La cavité était trop considérable.

Pour sa part, il a pratiqué huit fois la pleurotomie pour empyème ; tous ses malades ont guéri. Il ne faut pas faire de lavages dans le cas en question. Un lavage a provoqué de la fièvre et retardé la guérison.

Relativement à l'indication du siphon de Potain, on peut faire remarquer qu'en certain cas la simple ponction a parfois suffi à guérir les malades. L'anesthésie suffit à éliminer toute considération en faveur de l'élément douleur.

M. Raymond TRIPIER ne conteste pas la fréquence de la nécessité de la pleurotomie ; mais il croit qu'on doit essayer avant de la pratiquer de recourir au siphonage. Il ajoute que l'anesthésie peut avoir en pareil cas une certaine gravité.

M. VINAY répond que la simple ponction a suffi à engendrer des accidents mortels.

M. F. MOUISSET a parfaitement anesthésié la paroi avec une injection de cocaïne.

M. PERRET et M. Léon TRIPIER sont d'accord avec la plupart de leurs collègues de Lyon et la majorité des médecins allemands pour éviter les lavages dans la cavité de la pleurésie purulente. Il peut seulement exister des indications spéciales fournies par les accidents de rétention. Encore l'eau stérilisée paraît-elle encore supérieure aux antiseptiques.

M. Léon TRIPIER fait alors remarquer qu'entre le poignet et les malléoles du malade, il existe une disproportion marquée qui semble bien indiquer une déformation très étendue du membre inférieur hypertrophié.

TUBERCULOSE DU CÆCUM ET DE L'UTÉRUS.

M. NOVÉ-JOSSERAND, interne des hôpitaux, présente pièces provenant d'une femme morte dans le service de professeur Ollier.

Voici, brièvement rapportée, l'observation de cette lade :

Pas de renseignements bien certains sur ses antécédents héréditaires et personnels. On sait seulement qu'elle est mariée et n'a pas eu d'enfants.

Elle se plaint depuis environ quatre ans de troubles digestifs consistant en douleurs abdominales, vomissements, diarrhée; aménorrhée depuis trois ou quatre mois; enfin y a trois semaines elle a présenté des phénomènes nerveux caractérisés par de la contracture des membres inférieurs, elle a eu un peu de parésie passagère des membres supérieurs.

A son entrée à l'hôpital, le 25 avril, on constate un état général mauvais, de l'amaigrissement et un peu de délirium passager.

A l'examen on trouve :

Rien aux poumons ni au cœur.

Dans la région de la fosse iliaque droite une tumeur dure, bosselée, douloureuse à la pression, fixe, non influencée par la respiration, séparée du foie par une zone très nette de sonorité.

Ballonnement du ventre suffisant pour gêner l'expiration.

Dans le petit bassin, une autre tumeur de la grosseur d'une mandarine, indolente, mobile, et dont les mouvements ne se transmettent pas d'une façon bien nette au col utérin. A cause de l'état de la malade, l'exploration bimanuelle ne peut être faite.

Membres inférieurs raides et immobilisés dans l'extension par un certain degré de contracture. Pas de troubles de sensibilité.

Température oscillant entre 38° et 39°. Tracé irrégulier, la température la plus élevée étant tantôt le matin, tantôt le soir.

Mort le 30 avril, sans autre symptômes.

Autopsie : Dans la cavité abdominale, granulations tuberculeuses en petit nombre, répandues sur le feuillet pariétal du péritoine et sur l'intestin. Ces granulations sont plus nombreuses dans la région pelvienne où elles tapissent les parois de l'excavation et le feuillet péritonéal qui recouvre l'utérus et les ligaments larges.

L'intestin grêle, ouvert sur toute sa longueur, est absolument sain.

Du côté du gros intestin on trouve le cæcum et la partie du côlon ascendant qui lui fait suite immédiatement, augmentés de volume et très indurés. Les parois sont épaissies de 3 cent. environ, elles sont dures et sur plusieurs points la pression fait sortir une petite quantité de pus.

La muqueuse est épaissie, irrégulière, de coloration gris foncé ; on trouve à sa surface des saillies molles de longueur variable, et à côté de véritables ulcérations plus ou moins arrondies, assez profondes, mais ne dépassant pas l'épaisseur de cette tunique. L'appendice vermiforme présente des lésions analogues ; du côté de l'intestin grêle la dégénérescence se limite d'une façon très nette au niveau de la valvule iléo-cæcale.

Pas de lésions sur le reste du gros intestin.

Pas de tuméfaction des ganglions mésentériques.

Les poumons présentent de la congestion aux deux bases ; pas de tuberculose aux sommets.

Cœur petit et sain.

Dans la paroi de l'utérus à sa partie antéro-supérieure on trouve un fibrome du volume d'une mandarine. La muqueuse utérine est un peu enflammée ; les deux trompes sont épaissies, dures ; leur muqueuse paraît altérée.

Les ovaires sont sains.

Rien d'appréciable à l'examen macroscopique du cerveau.

A la moelle, après avoir incisé la dure-mère, on trouve à

l'arachnoïde, sur la région postérieure, un grand nombre de plaques osseuses disséminées sans ordre sur toute la hauteur de la moelle, irrégulières, et dont les dimensions n'excèdent pas celles d'une pièce de 20 cent. Ces plaques sont surtout nombreuses à la région postérieure, on en trouve à peine deux ou trois sur la région antérieure.

Rien aux autres organes.

FIBROME DE L'ÉMINENCE THÉNAR.

M. TILLIER, interne des hôpitaux, présente un fibrolipome de la paume de la main, enlevé par M. le professeur Poncet.

OBSERVATION. — Salle Saint-Louis, n° 55. Le malade est un homme de 55 ans, cantonnier, sans antécédents pathologiques d'aucune sorte.

La tumeur qui l'amène à l'hôpital a débuté il y a une huitaine d'années à la partie postérieure et interne de l'éminence thénar à droite. Elle s'est présentée tout d'abord sous la forme d'une petite tuméfaction profonde, dure et indolente, puis s'est développée lentement, progressivement, sans poussées aiguës, sans douleur.

Actuellement l'éminence thénar présente une tuméfaction allongée, ovoïde, du volume d'un gros œuf de poule, développé du côté de la face palmaire : on dirait, à proprement parler, qu'un œuf est inclus sous la peau. A un examen superficiel la tumeur paraît fluctuante ; mais si l'on prend soin de la fixer solidement avec deux doigts d'une main et qu'on l'explore avec l'autre main, on s'aperçoit vite qu'elle est solide, un peu rénitente, mais pas du tout fluctuante. Elle est très mobile, et paraît sous-jacente à l'aponévrose. La surface est régulière, arrondie, sauf à son sommet, dans le premier espace interdigital, où l'on sent une sorte de petite bosselure, un véritable lobule. Malgré sa dureté, elle est transparente, comme s'il s'agissait d'un kyste séreux. La pression, même assez forte, ne réveille pas la douleur, et il n'existe pas non plus de douleur spontanée. C'est par son

volume seulement que cette tuméfaction provoque de la gêne fonctionnelle. A son niveau, la peau, bien que soumise aux frottements des outils dont se sert le malade, ne présente pas la moindre modification, ni inflammation, ni calus.

Le diagnostic porté fut celui de lipome ou fibro-lipome.

M. Poncet a pratiqué ce matin l'ablation de la tumeur, qui s'est énucléée aussi facilement qu'une noix de sa coque, aussitôt après l'incision sous-cutanée.

La tumeur siégeait dans le tissu cellulaire sous-cutané, et était encapsulée dans une coque fibreuse. A la coupe, elle laisse échapper une sérosité assez abondante et montre dans son intérieur d'assez nombreuses arborisations vasculaires. Le tissu qui la forme est de texture assez dense, et présente un reflet légèrement bleuâtre ; certains points paraissent même presque hyalins. Ce n'est certainement pas un lipome : elle a plutôt les caractères d'un fibrome ou d'une tumeur fibro-plastique.

Cette pièce est intéressante à cause de la rareté assez grande des tumeurs de ce genre à la main, surtout de ce volume.

D'après Blum et Polaillon, les fibromes se rencontrent assez souvent à la main, mais ils ont toujours un petit volume. A. Guérin cependant a présenté une observation de tumeur fibreuse simulant un enchondrome, qui occupait toute l'éminence thénar et le pouce : les os avaient disparu, il n'y avait que du tissu fibreux, et le point de départ était impossible à préciser (in *Bull. Soc. chirur.*, 1864.)

Nous ferons remarquer également qu'il ne faut pas s'appuyer sur la transparence pour faire le diagnostic de tumeur kystique. Ce fait est du reste signalé par les auteurs classiques.

FIBROME UTÉRIN ; LAPAROTOMIE.

M. CURTILLET, interne des hôpitaux, présente une tumeur fibreuse de l'utérus volumineuse, pesant 3 kil. 400, dont

M. L. Tripier a fait l'ablation par la voie abdominale. Elle provient d'une femme âgée de 46 ans dont les antécédents n'offrent rien d'intéressant à signaler.

Cette tumeur n'avait attiré son attention que depuis quatre ou cinq ans. Elle n'avait jusqu'à présent déterminé aucun trouble notable, si ce n'est une sensation de pesanteur et quelques douleurs du côté des reins pendant la marche et dans la station debout prolongée. L'état général était satisfaisant quoique la malade fut un peu affaiblie. Les règles avaient conservé leur régularité et leur abondance habituelle. Pas de métrorrhagie. Pas de pertes intermenstruelles.

A l'examen de l'abdomen, on trouvait une tumeur du volume d'un utérus gravide au cinquième mois, médiane, régulière, de consistance ferme et uniforme.

Par le toucher vaginal on sentait l'utérus élevé, peu mobile, mais se déplaçant dans les mouvements imprimés à la tumeur.

Dans la position genu-pectorale, celle-ci basculait en avant et se distinguait ainsi nettement de l'utérus. L'hystérométrie donnait 8 centimètres.

M. Tripier porta le diagnostic de : corps fibreux de l'utérus sous-péritonéal pédiculé.

Après une incision médiane de la paroi abdominale, allant de la symphyse pubienne à l'ombilic, il fut assez facile d'amener la tumeur au dehors et de reconnaître ses rapports avec la matrice. Comme on l'avait supposé, elle était pourvue d'un pédicule assez long (7 à 8 centimètres), cylindrique offrant à peu près un diamètre de 4 à 5 centimètres, et s'implantant sur le fond de l'utérus que l'on distinguait nettement par l'insertion des trompes et des ligaments ovariens.

A la partie supérieure de ce pédicule, M. Tripier plaça deux broches en croix, et au-dessous de ces dernières une ligature élastique, puis il le sectionna au ras de la tumeur suivant le procédé d'Hégar; il sutura au catgut le péritoine pariétal au pédicule immédiatement au-dessus de la liga-

ture élastique, de manière à laisser autour de ce dernier une gouttière dont la lèvre externe était formée par les couches aponévrotiques graisseuses et cutanées non suturées et dont le fond correspondait à la collerette péritonéale. Le reste de la plaie péritonéale fut réuni par trois plans de suture superposés, puis la surface du pédicule fut cautérisée au thermocautère. Pansement à la gaze iodoformée.

Actuellement l'opération date de quatre jours et l'état de la malade est très satisfaisant.

Le choix du procédé employé pour le traitement du pédicule a été déterminé par la longueur et le volume de ce dernier. En effet, M. Tripier, réservant le procédé de Schröder ou méthode de traitement intra-péritonéal aux pédicules étroits, le procédé de Wölfler et Hœcker ou procédé mixte aux pédicules larges et courts, emploie de préférence la méthode de traitement extra-péritonéale ou méthode d'Hégar pour les pédicules larges et longs.

C'est à cette dernière catégorie que le pédicule de cette tumeur appartenait.

PÉRIOSTITE DÉTERMINÉE PAR LE BACILLE D'ÉBERTH.

M. le docteur F. MOUISSET, médecin des hôpitaux, présente la note suivante :

Au mois de décembre 1890 j'ai soigné à l'Hôtel-Dieu une jeune fille de 18 ans, atteinte de dothiéntérie avec rechutes qui a duré trois mois. Un mois après sa sortie de l'hôpital, la malade est revenue avec une périostite suppurée développée au tiers inférieur de la face interne du tibia.

L'examen bactériologique a montré que le pus contenait le bacille d'Eberth et pas d'autres microbes de la suppuration. La propriété pyogène du bacille typhique semble démontrée par un certain nombre d'observations :

Fränkel Péritonite enkystée.

Tavel Orchite suppurée.

Roux et Vinay Abscess de la rate.

Martha	Ostéo-périostite.
Valentini	Pleurésie purulente.
Ebermayer	Périostite suppurée.
Achalme	Périostite.
Orloff	Périostite.
Raymond	Abcès de la paroi abdominale.
Cornil	Ostéo-périostite.

En joignant notre observation aux 10 précédentes, on voit que 6 fois sur 11 cas il s'agissait de périostite ou d'ostéo-périostite.

De plus, chez ma malade, une fracture ancienne de la jambe a joué le rôle de cause prédisposante pour déterminer la localisation de l'agent infectieux qui a abouti à la production d'une périostite suppurée dans la convalescence d'une dothiéntérie.

M. Roux rappelle qu'en 1888, M. le docteur Vinay et lui ont communiqué l'observation d'un abcès de la rate survenu chez un typhique et dans le pus duquel ils trouvèrent le bacille d'Eberth à l'exclusion de tout autre microbe.

A cette époque les observations semblables étaient très rares; mais, depuis lors, elles se sont multipliées.

Les avis diffèrent seulement sur le rôle qu'affecte le bacille d'Eberth; dans quelques cas on l'a retrouvé seul; d'autres fois il était associé à d'autres microorganismes pathogènes. Beaucoup d'auteurs ne croient pas que le bacille d'Eberth soit réellement pyogène; ils admettent que les suppurations où on l'a retrouvé à l'état de pureté avaient été édifiées par d'autres microbes pyogènes qui ont disparu, et le bacille d'Eberth ne serait qu'un parasite de ce pus. Cette hypothèse est contredite par les faits que MM. Roux et Vinay ont fait connaître par leur communication de 1888. Ils ont dès lors démontré que les cultures pures de bacille d'Eberth, issues du pus de l'abcès de la rate en question, ont engendré chez un jeune chien des abcès vrais; et dans le pus de cet abcès dû à l'inoculation du bacille d'Eberth on ne retrouvait absolument que ce dernier.

Bien plus, le pus d'abcès résultant d'inoculations faites avec des cultures mélangées de bacille d'Eberth et d'autres agents pyogènes ne présentait que le premier de ces microorganismes.

De tels faits montrent évidemment que le bacille d'Eberth est réellement pyogène par lui même.

C'est là d'ailleurs une manière de voir acceptée par M. Arloing.

DE LA PRÉSENCE DE MICROCOQUES DANS LE SANG
DANS LES CAS GRAVES D'HÉMIPLÉGIE.

M. le docteur COLRAT, médecin des hôpitaux, présente sur la présence de microbes dans le sang de frappés d'apoplexie cérébrale.

Depuis quelques années on étudie l'influence du système nerveux sur le développement des microbes. Il est à admettre qu'un certain nombre de lésions dites trophiques causées par l'intervention des microbes. De plus, et notamment, M. le professeur Bouchard attribue à l'influence du système nerveux le développement de certaines infections infectieuses spontanées. On sait, en effet, qu'il a été constaté sans vulnération l'apparition rapide de microbes dans le sang d'animaux sains après avoir soumis ces animaux à un refroidissement graduel et prolongé (immobilisation dans la glacière, faradisation, vernissage). D'après ces faits, le refroidissement en déterminant la paralysie des nerfs vasodilatateurs entraverait le phagocytisme normal qui se fait dans les cellules lymphatiques dans l'examen microscopique externe.

On pouvait donc se demander si certaines lésions du système nerveux n'amèneraient pas des troubles vasculaires susceptibles d'entraver « la série des actes par lesquels les cellules lymphatiques empêchent la pénétration des microbes dans les tissus ou les humeurs. »

C'est ce que nous avons cherché à vérifier dans des cas mortels, un d'hémorragie du corps strié, un de ramollissement dû à l'oblitération de l'artère sylvienne. Dans ces cas, de nombreuxensemencements du sang faits à trois jours d'intervalle nous ont donné des résultats négatifs. Nous avons constaté dans le bouillon ensemencé de microbes se colorant par le violet de méthyle groupés deux à deux, assez analogues au pneumocoque mais se différenciant par leur innocuité après injection dans le tissu conjonctif du lapin.

Nous n'avons donc pu déterminer la nature de ces microcoques. Outre cette détermination, il serait intéressant, croyons-nous, de connaître leur mode d'introduction dans le sang et savoir s'ils ont une influence sur les symptômes (notamment sur la température) que l'on observe à la suite des attaques d'hémiplégie.

M. le prof. RENAUT demande si on a pratiqué l'examen des plaques de Peyer. Il y a là un point faible de la barrière intestinale dû à la pénétration du revêtement épithélial, et grâce auquel a pu s'effectuer la résorption d'agents microbiens.

DÉVELOPPEMENT DES AORTES POSTÉRIEURES DANS L'EMBRYON DU POULET.

M. VIALETON, agrégé de la Faculté, chef des travaux du laboratoire d'histologie, fait la communication suivante :

Le développement des premiers vaisseaux qui apparaissent dans le corps de l'embryon, c'est-à-dire des aortes, est encore l'objet de controverses. His, en 1868, émit l'opinion que des bourgeons venus des vaisseaux de l'aire vasculaire, pénétraient dans le corps de l'embryon pour y former les aortes primitives. Cette opinion a été adoptée par Kolliker, mais les auteurs plus récents la repoussent. Ranvier (*Traité d'hist.*, 2^e édition, 1889) la regarde comme une simple hypothèse ; O. Hertwig (*Embry.*, édit. française, 1891), et Prenant (*Embry.*, 1891) le rejettent aussi.

Cependant, conformément aux vues de His, les aortes sont dans des rapports très intimes avec les vaisseaux de l'aire vasculaire ; mais la démonstration de ce fait n'avait pas été donnée, car, ni His lui-même, ni, à ma connaissance, aucun des auteurs plus récents, n'ont donné de figure d'ensemble des aortes chez des embryons qui, vu l'état de leur développement (15 protovertèbres étant déjà présentes) possédaient certainement ces vaisseaux.

Laissant de côté la formation des arcs aortiques et de l'aorte antérieure que je n'ai pas pu suivre avec les méthodes

que j'ai employées, voici ce qu'on voit pour les aortes postérieures.

L'aorte apparaît chez des embryons pourvus d'au moins huit protovertèbres. Elle est double, comme on sait, et forme de chaque côté un vaisseau longitudinal qui se place au devant du bord externe des protovertèbres. Ce vaisseau est pourvu d'une lumière dans sa portion supérieure qui répond aux protovertèbres dans sa portion inférieure qui répond à la région non encore segmentée du corps, il est plein et formé d'un cordon de protoplasma semé de noyaux. L'aorte canaliculée communique très largement en dehors avec le réseau des vaisseaux creux de l'aire vasculaire, et sa portion pleine communique aussi avec un réseau de cordons pleins qui passe de l'embryon dans l'aire vasculaire. En un mot, soit dans sa portion pourvue d'une lumière, soit dans sa portion pleine, l'aorte communique très largement avec le réseau vasculaire situé en dehors de l'embryon, et les caractères de ce réseau (forme des mailles, calibre des vaisseaux, etc.) sont au début les mêmes, aussi bien dans la portion attenant à l'aorte que dans la portion plus périphérique, de sorte qu'on peut dire qu'en réalité le réseau de l'aire vasculaire empiète sur le corps de l'embryon et qu'il est limité en dedans de ce dernier par un tronc longitudinal (la future aorte) comparable au tronc qui le borne en dehors, le sinus terminal.

Ce réseau vasculaire est à son origine bien indépendant du mésoderme (Uskoff); il mérite de former un tout, sous le nom de feuillet vasculaire, comme l'ont proposé His, Uskoff, Moth-Duval, etc.

Au moment où le corps de l'embryon se reploie en dessous pour constituer la paroi ventrale, un repli de la lame fibro-intestinale du mésoderme se forme en dehors de l'aorte, se glisse en dessous de cette dernière en se dirigeant en dedans pour s'unir à son homologue du côté opposé et former avec lui la *suture mésentérique*. Ce repli sépare l'aorte de l'aire vasculaire et l'enferme en quelque sorte dans le corps de l'embryon. Les communications qui existaient entre l'aire

vasculaire et l'aorte disparaissent peu à peu, et l'aorte qui est si manifestement de par son développement une portion du réseau de l'aire vasculaire devient un vaisseau propre du corps.

PHLÉBITE DE LA VEINE OPHTALMIQUE.

M. DESTOT, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques provenant d'un malade mort dans le service de M. le professeur Poncet, à la suite de thrombose des sinus provoquée par une pustule d'acné.

Ce malade, alcoolique, présentait sur l'aile gauche du nez une pustule d'acné qui fut irritée par le grattage et devint le point de départ de phlébite et de trombose remontant vers l'œil, du même côté. Quelque temps après, le malade, pris des symptômes du côté opposé, mourut deux jours après son entrée à l'hôpital avec des symptômes de méningite suraiguë. L'exposition du malade à un violent courant d'air froid semble avoir joué un certain rôle dans l'évolution de la maladie.

RUPTURE DE L'ARTÈRE FÉMORALE.

M. DESTOT présente également une rupture de l'artère fémorale analogue à celle présentée par M. Doyon à la séance du 29 avril.

Il s'agissait d'un jeune homme de 22 ans, qui eut le pied et la cuisse gauche broyés par le passage d'une voiture pesamment chargée.

L'amputation fut pratiquée et montra que l'artère et la veine fémorale avaient été laminées sur le fémur qui était éclaté dans son tiers inférieur. Les tuniques interne et externe étaient rompues et les deux bouts oblitérés par des caillots. Il existait entre ces deux caillots une portion intermédiaire exsangue correspondant au passage de la roue.

La continuité externe de l'artère était complète.

Le malade présentait des lésions vasculaires : thrombose des veines et des artères de la jambe et du pied ; rupture de la veine saphène interne ; foyers sanguins dans la moelle osseuse du tibia et du péroné ; rupture complète de la pédieuse au niveau du premier espace interosseux et de la plantaire, au niveau du scaphoïde.

Du côté des os, fractures du scaphoïde, de l'extrémité inférieure du cuboïde, éclatement des 2^e et 4^e métatarsiens. Luxation en arrière et en bas du 1^{er} métatarsien accompagné du 1^{er} cunéiforme. Diastasis de tout le tarse antérieur. La roue passait dans l'interligne de Lisfranc. Le sujet avait été renversé sur le sol et la roue avait écrasé le pied en le comprimant transversalement de son bord interne vers son bord externe.

M. L. TRIPIER fait remarquer que pour les plaques hémorrhagiques que l'on voit sur la moelle des os longs, on doit tenir un grand compte du trouble apporté dans la circulation du membre par la déchirure et l'altération de la fémorale.

CANCER DE L'ŒSOPHAGE ET GASTROSTOMIE.

M. BONNET, interne, présente une pièce provenant d'un homme âgé de 70 ans, entré dans le service de M. le professeur Léon Tripier le 21 avril 1891. Cet homme depuis huit mois éprouvait de la gêne de la déglutition, qui s'était exagérée peu à peu, et à son entrée, depuis huit jours, il ne pouvait plus avaler aucun aliment solide et les liquides eux-mêmes ne passaient que très difficilement.

Après des tentatives de cathétérisme, qui n'aboutirent qu'à faire reconnaître la présence d'un rétrécissement infranchissable de l'œsophage, siégeant à environ 20 centimètres de l'arcade dentaire, le 26 mai, M. le professeur L. Tripier pratiqua chez ce malade une gastrostomie suivant le procédé opératoire indiqué par M. Terrier, par une incision de 6 à 7 centimètres de long, parallèle au rebord costal, dans l'hy-

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

pochondre gauche, à 2 centimètres environ, allant de 10 centimètres de la ligne médiane à la 9^e côte ; il arriva à la section des différentes couches jusqu'au tissu cellulaire péritonéal. La séreuse stomacale fut suturée à la pariétale de façon à clore complètement la cavité péritonéale et l'estomac fut ouvert par une incision devant porter sur la partie moyenne longue de 6 à 8 millimètres. La muqueuse stomacale fut alors suturée très exactement aux bords de la plaie cutanée.

Le malade fut pansé très antiseptiquement, et un carré de gaze iodoformée obturait la gastrostomie et les bords de la plaie furent saupoudrés. Les suites de l'opération furent simples, pas de fièvre, pas de phénomènes généraux, et chose plus remarquable, disparition complète et immédiate des phénomènes spasmodiques de l'œsophage, bien que le malade put se nourrir par la voie buccale pendant les quatre jours qui suivirent.

Le cinquième jour, le pansement fut souillé par les vomissements rejetés par la gastrostomie. On constata alors que dans le voisinage de la plaie avait une teinte verdâtre, l'action du suc gastrique incomplètement neutralisée par le carbonate de magnésie.

On essaya de faire boire le malade, mais le liquide était immédiatement rejeté par la fistule gastrique, et du lait par cette voie déterminait de violents efforts de vomissements et son rejet immédiat. M. le professeur Tripier introduisit alors dans l'estomac un tube de caoutchouc, garni au niveau de la fistule d'un tampon de gaze iodoformée pour obturation complète, espérant éviter aux tissus voisins l'action du liquide gastrique. A partir de ce moment, le malade fut alimenté par des lavements, car tous les liquides introduits par la voie buccale ou injectés directement dans l'estomac à l'aide du tube en caoutchouc déterminaient des efforts de vomissements. Le malade se cachectisa progressivement et mourut le 8 mai, douze jours après l'opération.

A l'autopsie, on trouva au niveau de la 1^{re} pièce d

num, de la 5^e vertèbre dorsale une tumeur annulaire formant une masse très dure, très limitée, ayant 2 centimètres de haut, sans connexion aucune avec les organes voisins ; au-dessus du néoplasme, le calibre de l'œsophage était un peu augmenté. Du côté de la cavité abdominale, pas de trace d'inflammation, pas de liquide dans le péritoine. Du côté de la plaie stomacale, l'adhérence de la muqueuse à la peau est parfaite, la réunion complète.

Rien au reins, rien au cœur ; aux poumons, tuberculose ancienne du sommet du droit.

Nulle part de trace de généralisation du néoplasme.

La tumeur examinée au microscope est un épithélioma parvimenteux.

M. LÉON TRIPIER s'est pour la première fois exactement conformé aux indications opératoires de M. Terrier. Dans trois cas antérieurs, il avait eu recours à la gastrostomie exécutée en deux temps. Mais ce procédé a l'inconvénient de faire perdre du temps et d'exposer ainsi le malade à s'affaiblir d'autant.

Quant au maintien à demeure de la sonde œsophagienne, quand le cathétérisme est possible, elle est souvent inacceptée du malade ou mal tolérée ; il faut rappeler cependant que M. Gangolphe a fait connaître des cas où il en a obtenu de bons résultats.

Les lavements alimentaires sont tout à fait insuffisants. Il est cependant nécessaire d'apporter un soulagement aux tortures subies par les malades.

Dans ce cas particulier, l'absence de généralisation semblait devoir rendre possible une survie prolongée si on pouvait nourrir le malade. Le manuel opératoire de M. Terrier est bon, bien qu'il ne faille pas compter sur l'efficacité du carbonate de magnésie pour empêcher la digestion de la paroi abdominale, si les liquides sortent de l'estomac.

M. Tripier croit devoir son échec à ce fait que l'ouverture de l'estomac était située trop à droite ; mais il faut remarquer qu'on a souvent bien des difficultés à la pratiquer plus à gauche. Cependant, à l'avenir, il s'efforcera d'installer la fistule aussi près que possible de la grosse tubérosité, à égale distance de la grande et de la petite courbure.

CANCER DU CORPS THYROÏDE.

M. PORTE, interne des hôpitaux, présente les pièces d'un cancer du corps thyroïde.

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

Il s'agit d'un homme âgé de 51 ans, entré le 11 mai au service de M. le prof. Poncet. Le cas est particulièrement intéressant à trois points de vue : le développement d'une tumeur sur un ancien goître ; la rapidité de l'évolution de la maladie dont le début remonte à trois mois ; le passage à la suppuration de certains points de la tumeur ayant hâté la terminaison.

Cet homme était porteur d'un goître du lobe latéral du corps thyroïde depuis l'âge de 25 ans ; ce n'est qu'à trois mois qu'il a remarqué à ce niveau la formation de noyaux durs qui ont déterminé par compression de la trachée des troubles respiratoires.

A son entrée, le malade a la figure cyanosée, les lèvres et les ongles du cou dilatés ; il a du cornage assez prononcé.

Trois jours après son entrée, il a un peu de fièvre, la température oscille entre 38° et 38°,5 ; le 16 mai il y a eu un accès de suffocation. M. Jaboulay pratique la laryngotomie ; le malade est soulagé pendant une heure, mais les accès de suffocation reparaissent et il meurt trois heures après.

A l'autopsie, la tumeur descend jusqu'à 1 centimètre au-dessus de la bifurcation de la trachée, qui est elle-même déviée à la fois dans le sens antéro-postérieur et dans le sens latéral.

La tumeur a envahi la partie postérieure de la trachée ; elle est ulcérée, et c'est probablement par ces ulcérations que les germes ayant amené la suppuration de certains points de la tumeur.

GLYCOGÈNE DU SANG.

M. LÉPINE, en son nom et en celui de M. BARRAL, fait une communication sur le glycogène du sang. Quand on prend le sang de l'artère on met le sang d'un chien à jeun dans un tube bouché et on le maintient à 39° C. on constate que la perte de sucre est très faible dans le premier quart d'heure (15/100 par exemple), et qu'elle est moindre dans le quart d'heure suivant, et moi-

la précédente dans le quart d'heure qui suit règle ; mais il se peut que chez un chien bien ait presque pas de perte dans le premier quart.

De ce fait, M. Arthus a conclu que le ferment se produisait après la mort du sang ; cette conclusion est inadmissible pour diverses raisons, et la non-dépendance du sucre pendant le premier quart d'heure n'est pas une explication toute naturelle de l'expérience. Au lieu de mettre le sang à 39°, on le met au 54°, on détruit, ainsi que nous l'avons annoncé, le ferment glycolytique. Or, si l'on opère sur le sang d'un chien bien nourri on trouve toujours une certaine quantité de sucre dans le premier quart d'heure. Après la sortie du sang des vaisseaux une production de sucre aux dépens de certains principes renfermés dans le sang d'un animal bien nourri. A 39° C. on ne constate pas la production de sucre parce que la destruction l'empêche ; mais celle-ci n'en est pas moins réelle et apparaît dès qu'on détruit le ferment glycolytique.

Quel est le principe producteur du sucre dans le sang ? Évidemment c'est une matière glycogène plus ou moins analogue et peut-être identique avec celle du foin. On peut d'ailleurs l'isoler par la méthode de Brucke.

Grâce à la méthode de chauffage du sang nous sommes en mesure de prouver que cette substance se trouve beaucoup plus communément dans le sang qu'on ne le croyait jusqu'ici.

On pourrait peut-être objecter que ce chauffage est la cause de la production du sucre. Cette objection n'a pas de valeur. Dans le sérum provenant de sang tout à fait frais, nous avons pu souvent constater la présence d'une petite quantité de sucre ; cela se corrobore par le fait que d'après nos recherches le ferment glycolytique n'existe pas dans le sérum.

3 PROPRIÉTÉS ÉPILEPTISANTES DE L'
D'HYSOPE ;

Par MM. CADÉAC et ALBID MEUNIER.

es propriétés les plus remarquables d
entre dans la composition de la liqueur
assurément son action épiléptogène.

avaux, notamment dans une étude sur
de la toxicité de la liqueur d'absinthe, nous av
sur cette propriété absolument inconnue jusqu'al
par M. Laborde dans un rapport plus retentissan
Après avoir fait constater dans le laboratoire de c
giste, et sur un animal préparé par lui, l'action
vante et épiléptisante de l'hysope, nous avons
expériences, et reproduit par la photographie inst
par la méthode graphique en utilisant les appar
boratoire de M. Arloing, les diverses phases d
nombre d'attaques d'épilepsie, et ce sont ces nouv
ves que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de

L'attaque d'épilepsie représentée dans ces pho
et dans ces dessins est facile à produire. Il suffit
25 centigr. de cette essence dans la saphène de
12 à 13 kilogrammes pour déterminer un violent
pilepsie. Presque instantanément le sujet remis
s'arrête brusquement, il reste immobile, les me
térieurs écartés, le regard fixe et plein d'inquiét
tonnement ; la pupille est très dilatée. Bientôt
secousses contractent brusquement les muscles
impriment à la tête des mouvements saccadés d
et d'approbation ; en même temps les paupières
la face grimace, puis ces contractions spasmod
gnent les muscles de l'épaule et du dos, et toute
antérieure du corps est soulevée par saccades e
arrière dans un mouvement de recul. L'animal ;
sur lui-même, se cramponne pour résister à ces s
charges électriques, il tombe tout à coup ; les

la connaissance et sont complètement insensibles troubles des autres fonctions organiques, modifications de la respiration et de la circulation pendant l'attaque et reproduites dans confirment surabondamment les propriétés de l'essence d'hysope.

La moelle pour siège exclusif le bulbe. En effet, si la moelle au-dessous de cet organe après avoir pour pratiquer la respiration artificielle, les animaux sous la dépendance du bulbe entrent seuls ; les muscles qui sont sous l'influence de la moelle sont complètement inertes. La destruction des nerfs d'un jeune chien ou d'un pigeon au moyen de la strychnine n'empêchent nullement l'attaque épileptique. A ce point de vue l'essence d'hysope se rapproche de l'essence de sauge. L'hysope et la sauge sont des alliés puissants de l'absinthe qui est aussi un remède du vulnérable.

STAPHYLOCOQUE TROUVÉ DANS LES VÉSICULES D'UN HERPÈS.

M. Frenkel a fait une communication sur quelques microbes qu'il a trouvés dans le contenu des vésicules péri-orbitaires. La malade était entrée à l'hôpital de M. Teissier pour des névralgies dans le nerf trijumeau ; quelques jours plus tard apparurent des vésicules d'herpès autour de l'œil. L'examen bactériologique de la sérosité de ces vésicules révéla deux espèces de microbes : les deux constituées par des staphylocoques ; ces espèces présentèrent des colonies blanches, d'autres colonies jaune-citron. Sur les différents milieux les colonies présentaient tous les caractères des staphylocoques pyogènes.

Sur les propriétés pathogènes du staphylococcus M. Frenkel a rarement l'occasion d'étudier, M. Frenkel a

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES

ne série d'inoculations sur des lapins, un centimètre cube d'une culture en bouillon cutané de la cuisse. On a eu un engorgement local; mais en trois semaines le plus d'un quart de son poids. Le lapin, celui-ci jeune, a reçu trois fois la culture dans le sang. L'animal mourut.

Après l'autopsie on ne trouva aucune lésion, notamment dans le système osseux. On a eu beaucoup de soin. Mais le sang, le bouillon et ensuite sur des tulipes, on a eu des colonies pures de staphylocoques. Au point intéressant : ces staphylocoques couleur citron, ils avaient perdu leur virulence. Ce fait est en opposition apparente avec les observations de MM. Rodet et Courmont qui ont vu que le staphylococcus aureus s'exalte dans le sang du lapin. L'auteur s'abstient d'en tirer une conclusion, le fait étant jusqu'à présent unique. On ne trouve pas l'explication. Quelle est la virulence et les propriétés pathogènes ne sont pas la même chose. À l'égard de la virulence causale, il est intéressant de constater que le staphylococcus citreus après le passage par le sang perd sa virulence. En effet, deux lapins, l'un avec une goutte de la culture dans le sang, l'autre avec une goutte de la culture dans le sang, sont morts seulement au bout de quelques jours.

Chez ceux-ci encore on put démontrer la présence de staphylocoques, toujours en culture pure et l'absence de lésions dans les organes. On a trouvé chez les deux lapins en question des staphylocoques dans le foie, mais on a constaté au même moment la présence de cet organe. Tous les autres organes ont été examinés et on n'a pas trouvé de microorganismes.

On a eu à la charge et l'on veut reproduire ces expériences. Deux lapins reçoivent dans le sang un centimètre cube, l'autre un demi-centimètre

COMPT

ve du stag
perdent
e un sixie
n. Les cu
nt encore

re à produ
, soit loca
même, le
opuration.
son poids.
ercher à
corrobor
le l'orateur
au coura

N DU ME

ateur RAPI
l'amputa
e et l'able
ne fille, a
ze ans, d'
nt qui la
nateurs.
neur aurai
lle elle fu
ois de f
t dont une
ait d'une
. Rafin le

let 1890, le bras-avai
général était très ma
mineuse. Une pousse
même temps près de l

De plus, l'œdème éléphantiasique se prolongeait sur le thorax en avant et en arrière, et jusqu'à proximité de la crête iliaque.

En raison de l'état général, l'amputation restait la seule ressource. Elle fut pratiquée le 26 juillet 1890 par MM. Rafin et Lagaite au niveau de la région deltoïdienne.

La réunion se fit bien, mais la guérison fut interrompue par divers incidents, un abcès au niveau de la région pectorale, une poussée de lymphangite et un volumineux abcès de la région dorsale.

Depuis lors l'état général est devenu excellent.

Le 17 février dernier, M. Rafin a enlevé à cette malade deux petites tumeurs, grosses comme des noisettes, sous-cutanées, situées à la face interne de l'autre bras. Ces tumeurs étaient constituées par un système caverneux à vacuoles larges et laissant écouler un liquide séreux comparable à de la lymphe. L'examen microscopique, pratiqué par M. Coignet, a également fait constater ce système caverneux.

Quant au membre amputé, il présente les lésions de l'œdème chronique. A la main, œdème simple; mais à mesure que l'on remonte vers le bras, l'œdème s'accompagne d'hypertrophie du tissu conjonctif et la peau atteint 3 à 4 centimètres d'épaisseur. Des mailles qui constituent ce tissu s'écoule une sérosité abondante. Le long des vaisseaux on voit de petits abcès; la veine humérale est perméable; enfin, il existe à ce niveau des vaisseaux lymphatiques aussi volumineux que la veine.

En outre, le thorax de la malade présente de nombreux nævi et une angiome veineux.

Actuellement l'induration de la peau a disparu presque complètement.

L'interprétation des lésions présentées par le membre amputé présente certaines difficultés; cependant, étant donné le diagnostic d'angiome lipomateux porté au début de la maladie, la coexistence d'un lymphangiome à l'autre bras, les nævi, l'angiome veineux du thorax, il est permis de sup-

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

poser qu'il s'agissait d'un membre devenu éléphant à la suite de poussées inflammatoires ayant pour point de départ un lymphangiome.

M. RODET donne le résumé des recherches microbiques qu'il a faites au sujet de cette malade.

Un premier examen a porté sur la sérosité du membre amputé, au niveau d'une poussée inflammatoire : la sérosité contenait le *streptococcus pyogenes*.

Une seconde analyse a été faite avec une des petites tumeurs enlevées au membre du côté opposé. Les cultures donnèrent, à l'état de pureté, un staphylococcus. Donc, des cultures sur gélatine et en bouillon, d'une légère teinte jaune-orangée, il était blanc sur la pomme de terre. Injecté au lapin adulte dans le tissu cellulaire sous-cutané, il ne produisit pas de pus; mais, introduit dans les veines d'un lapin jeune, il déterminait des ostéites juxta-articulaires très circonscrites, mais manifestes. C'était en fait le *staphylococcus pyogenes*, mais dans un état d'atténuation, atténué tant au point de vue de la virulence qu'au point de vue du pouvoir chromogène; sous ce dernier rapport, c'était un type de transition entre le *staphylococcus pyogenes aureus* et le *staphylococcus albus*. Ce microbe est sans doute la cause des lymphangiomes : le streptococcus du premier examen étant vraisemblablement lié aux poussées inflammatoires surajoutées.

Ce cas présente une certaine analogie, au point de vue bactériologique, avec celui qu'ont étudié MM. LAGRANGE et ROUX; dans les deux cas c'était le *staphylococcus pyogenes* localisé dans les voies lymphatiques, et dans un état d'atténuation. Cela permet de soupçonner un rapport de cause à effet entre la localisation lymphatique et l'atténuation du microbe.

M. L. TRAPIER demande si les ganglions de l'aisselle étaient atteints.

M. RAFFIN répond négativement, il y avait seulement de l'œdème dans la région pectorale.

M. TRIPIER rappelle que M. Cordier rapportait récemment à la Société l'histoire d'une malade guérie d'un éléphantiasis sporadique par les courants continus. Peut-être eût-on pu essayer de recourir à ce moyen, bien entendu si les autres circonstances y autorisaient.

M. RAFIN dit que l'amputation était impérieusement commandée par la gravité de l'état général de la malade.

FIBROME UTÉRIN.

M. CURTILLET, interne des hôpitaux, présente un volumineux fibrome utérin que M. le prof. L. Tripier a enlevé par la laparotomie. (Voir p. 100.)

M. L. TRIPIER rappelle qu'il a eu récemment l'occasion de présenter à la Société des pièces d'un gros fibrome intra-utérin qu'il a enlevé par morcellement. M. Péan a étendu cette méthode de morcellement qui lui est familière au traitement des grosses masses fibreuses intrapéritonéale. On redoutait à ce moment les grandes incisions de l'abdomen. Bien que M. Tripier se limite volontiers aux petites incisions, il aime mieux les prolonger jusqu'au sternum que d'avoir recours au morcellement des gros fibromes sous-séreux. Il enlève toujours ces derniers en totalité sans les diviser dans le péritoine.

SUR LE DIAGNOSTIC DE LA PLEURÉSIE CHEZ LES ENFANTS.

M. COLBAT fait une communication sur le *déplacement du niveau de l'égophonie par la pression du thorax*. Si l'on pratique la compression de la base du thorax chez les enfants atteints de pleurésie avec épanchement moyen du côté où siège l'épanchement, on détermine le déplacement du niveau de l'égophonie, celle-ci s'entend au-dessus du niveau où on la percevait avant la compression.

Dans un cas d'hydrothorax survenu pendant le cours d'une néphrite aiguë et caractérisée seulement par le silence respiratoire, il nous a été donné de provoquer par la compression de la base du thorax l'apparition de l'égophonie qui cessait avec la compression.

Le changement du niveau de l'égophonie ne se perçoit

PTES-RENDUS DES SÉ
cas, notamment da
ous proposons dans
ner sa valeur en clin
doit être modérée. El
appliquée sur la p
es côtes à ce niveau
ts. Elle n'a donné li

d. Colrat de son intérêt
té sur ce fait qu'il ne f
ménagement parce que l'

ÉTUDE PHYSIOLOGI VULNÉRAIRE; ÉVALU CONTENUES DANS

ar MM. CADÉAC et MEUN

nications précédente
té épiléptogène de la
narin et du fenouil
omparer, de faire la
ntrevoir quelques-un
idiquent dans l'acti

ices sollicitent l'orga
les mêmes accidents,
. La sauge, l'absinth
; extrêmement sensi
resque ininterrompu
véritable machine éle
une violence inouïe;
eux beaucoup plus
e des crampes, des
ochaine. Dans ce de
lentement, l'excitab

ivement un degré suffisant.

En raison des coefficients élevés, il est difficile de faire ressortir encore ces doses d'essence de sauge et de romarin. 1 kil. d'animal (chien) a besoin de 100 mill. d'essence d'hysop pour obtenir le même résultat, tandis qu'un cheval a besoin de 85 mill. d'essence de sauge pour une seule attaque et un litre de vulnéraire de sauge, 7 cent. d'essence de romarin et 50 cent. d'essence d'hysop, soit 150 cent. d'essences épileptiques en proportion, sont capables de guérir un poids d'animal de 600 kil. dix fois plus de substance que si on utilise la voie digestive. Cette quantité de produit est suffisante pour guérir dans une crise d'épilepsie. L'on s'en tenait à ces doses à cause du danger éprouvé par l'homme est un fait. L'action des essences épileptiques nous avons faites sur l'animal. C'est ainsi qu'un chien a besoin de 100 mill. d'essence d'hysop pour obtenir le même résultat qu'un jeune, fort animal (70 kilog) est atteint par 2 gr. de cette essence. Il est évident que qu'un homme sain a besoin d'une dose d'essences épileptiques pour vaincre le vulnéraire court les plus graves attaques comitiales, d'autres éléments de la crise mais dépourvus de pro-

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

aussi une parcelle d'excitation exagérant mo
'excitabilité réflexe des centres nerveux.

ients préparateurs sont tous les éléments *ex
stupéfiants* énumérées dans la formule que nous avons
née, mais particulièrement la sarriette, la marjolaine, l
lament et le basilic. Ils amènent des accidents conv
aux doses suivantes : 65 mill. de sarriette, 120 mill. de
jolaine, 150 mill. de calament, 210 mil. de basilic par
gramme d'animal. Avec ce nouvel appoint le buveur l
tuel de vulnérable risque d'atteindre rapidement l'état
vulsif, à *fortiori* les femmes dont le système nerveux
fragile et si irritable ; quelques verres d'arquebuse pe
agir sur elles comme une pression sur un ressort pour
ner la décharge des excitations qui s'y trouvent accum
à moins que d'autres éléments contenus dans la lique
jouent le rôle d'antagonistes.

Dans des communications ultérieures nous mettror
présence les forces liguées et opposées et nous fixerons
tion définitive du vulnérable.

BACILLE DE LA GRIPPE.

M. G. Roux fait une communication sur le bacille
grippe et ses recherches expérimentales en collaboration
M. Pithion et M. Teissier. Dans le sang des grippés, à l'
de la fièvre, MM. Roux et Pithion ont trouvé un strep
que ; dans les urines, au contraire, des diplobacilles
concluent que la grippe est probablement causée par un
microorganisme polymorphe, suivant la phase de la mal
ce qui expliquerait les observations microbiologiques s
parates signalées par de nouveaux auteurs.

M. Roux fait passer des planches montrant ces tran
mations successives.

HÉMIMÉLIE BITHORACIQUE AVEC
PARTIELLE.

M. PAVIOT présente des pièces pr
mort dans le service de M. Renaut au

Ce malade est mort dans le *coma* u
tît en trois jours une *néphrite aigu*
l'œdème anémique du rein, pense M.
(Il a présenté avant de mourir que
côté de son moteur oculaire commun
bisme interne, et paralysie faciale ge
pointe de la langue à droite). Il ne p
ni *œdème malléolaire*. A l'autopsie o
dème sous-piémérien, un peu de liqui
cérébraux, mais sans dilatation appréc

On a constaté à l'autopsie un *rein*
que, embrassant la colonne lombaire
fusionnés, on voit nettement *deux hil*
deux bassinets un peu déformés. Les
taient; ils ont été cathétérisés depuis
qu'à une distance de 12 à 15 centimèt

Le *cœur* est remarquable par une
énorme (le tissu adipeux pénètre dans
la paroi du ventricule droit, il est a
tissu musculaire) Sur la face inférieure
tiques sont des *végétations endocardi*
niveau des sinus de Valsalva) et défor
naïres sont de petites plaques d'athér
cardite végétante a atteint la *face sup*
vers de la mitrale. (Elle n'avait donné
aucun symptôme fonctionnel ou phys

Enfin signalons la *coexistence de*
anciennes du sommet des deux poum
bercules crétacés.

M. RENAUT complète la communication. Il ex
endocardite aortique en même temps que des

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

du sommet des deux poumons ; ce qui est la légende de l'antagonisme entre l'endocardite tuberculeuse et les lésions pulmonaires.

Il ne croit pas à cet antagonisme et ne le professe pas non plus, mais enseigne d'un malade de ce genre, car la tuberculose cardiaque et réciproquement. L'opinion a été dénaturée.

Il ne croit pas qu'il n'a pas voulu viser la manière dont il a simplement constaté une fois de plus ce qu'il faisait présenter, que les lésions tuberculeuses avec celles de l'endocardite chronique. Il n'a pas vu une granule évoluer sur un endocard ; l'autopsie confirma l'examen et prouve que le plus souvent les deux affections coexistent et n'évoluent pas activement l'une sur l'autre. La pièce présentée par lui prouve que les lésions tuberculeuses avaient grandi.

3 DES VULVITES BLENNORRHOÏQUES CHEZ LES PETITES FILLES.

M. le Dr. J. B. B. chirurgien de l'Antiquaille, fait un rapport sur la recherche de l'étiologie des vulvites observées chez les petites filles.

Il pense qu'en présence de petites filles, il faut être réservé en ce qui concerne l'incrimination d'adultère et doit toujours examiner avec la mère de l'enfant. Il y a peu de temps, une jeune fille, porteuse des accidents blennorrhagiques, amenée très soigneusement, et l'enfant n'était pas suspect. Le père paraissait innocent. Aubert le fit pisser dans un verre et quelques filaments granuleux blanchâtres apparurent farcis de gonocoques. Les urines tout à fait claires et la blennorrhagie latente.

La conclusion est qu'en pareil cas, c'est d'abord dans la famille qu'il faut chercher l'origine d'un contagé dont le mécanisme immédiat peut varier à l'infini.

M. ICARD rappelle que quelques médecins légistes professent des doutes à l'égard de la spécificité du gonocoque, et demande à quoi l'on doit s'en tenir.

M. AUBERT n'a pas été convaincu par la lecture du travail de M. Vibert, et considère comme n'étant pas jusqu'ici sérieusement ébranlée la valeur spécifique du microbe de Neisser.

ABLATION ET REPRODUCTION DE L'OMOPLATE.

M. JABOULAY présente un jeune homme auquel il a enlevé la totalité de l'omoplate pour une ostéomyélite aiguë. L'os est complètement reproduit.

ARTHROPATIE TABÉTIQUE.

M. COURMONT, interne des hôpitaux, présente des pièces d'arthropatie tabétique recueillies dans le service de M. le prof. Lépine.

M. L. TRIPIER insiste sur la nécessité d'examiner histologiquement les ostéophytes, les corps mobiles si nombreux sur la pièce. S'agit-il d'un tissu osseux vrai ou d'un tissu ostéoïde ?

PARAFFINAGE DES PLANCHERS ET PHTISIE.

M. BARD expose à la Société les résultats qu'il a obtenus en faisant paraffiner à chaud le plancher d'une salle de l'hôpital Saint-Pothin. Ce procédé, très peu dispendieux, imperméabilise le plancher et permet de substituer le lavage au balayage. Cette salle est consacrée au traitement des phtisiques.

M. LÉPINE pense que de tels avantages doivent pousser à généraliser ce procédé ; il demande si les souliers ferrés ne l'endommagent pas trop.

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

it que le plancher qui a été paraffiné il y a deux

an voeu de M. Lépine relativement à la gène
is ignore si l'on peut facilement l'appliquer à
arement.

DE L'ÉTAT DU SANG CHEZ LES NOYÉS

y COUTAGNE fait la communication suiv
et généralement que chez les noyés q
asphyxie (en opposition avec ceux qui
le sang dilué par l'eau est à l'état liqu
neilleurs signes anatomo-pathologiques
dM. Brouardel et Paul Loyer ont consta
es *sur le chien* que le sang est *coagi*
ort, et qu'il se liquéfie d'abord dans le
la veine cave inférieure thoracique, d
ans la veine cave abdominale, etc. ; le
e resterait le plus longtemps coagulé.
conclure de l'animal à l'homme et
tion du sang des noyés comme un
se dont l'apparition s'effectuera dans
liier pour entrer en ligne de compte d
la date de la submersion.

agne, dans des autopsies de noyés très r
constaté de différence appréciable en
tel organe, et en particulier il n'a jam
dans la veine porte. Il a pratiqué depu
mémoire de MM. Brouardel et Loyer qu
ces de noyés, morts de 16 à 24 heures a
at. Il a recherché avec soin l'état du s
anes, et l'a constaté à l'état liquide, en
groses veines abdominales, y comp

TOXICITÉ URINAIRE CHEZ LA

M. Émile BLANC : Nous faisons, en communication à la Société des sciences, une communication intitulée *toxicité urinaire chez la femme enceinte*. Treize expériences, nous établissons que l'urine d'une femme enceinte était peu toxique, puisqu'il fallait 100 cc. d'urine pour tuer un kil. d'animal (la moyenne nous tenons compte de dix autres de la quantité d'urines émises). Presque simultanément M. Tarnier, docteur Chambrelent une communication à la Société de médecine sur le même sujet; M. Chassagnon a constaté, en effet, une toxicité urinaire chez la femme enceinte. Mais il expliquait cette faiblesse par l'absence de matières excrémentitielles dans l'urine. Nous admettons que des conditions (comme le défaut de travail physique, etc.) suffisent à expliquer le résultat obtenu dans cet état particulier.

Comme la solution du problème a été trouvée dans l'étude de la pathogénie de l'éclampsie, dans nos premières recherches, et dans une autre série d'expériences, nous avons comparé la toxicité de l'urine d'une femme enceinte à la même toxicité de la femme non enceinte. Nous avons choisi pour cela des femmes atteintes d'éclampsie légère, ou en surveillance médicale, et par conséquent n'offrant ni symptômes ni complications pathologiques des urines, etc.

Nous avons pratiqué de cette façon 24 heures, douze expériences aussi comparables, six chez la femme non enceinte, six chez la femme enceinte. La quantité totale d'urine recueillie pendant la première de 150 cc. à 300 cc., et chez la femme enceinte de 132 cc. à 350 cc. La moyenne obtenue chez la femme non enceinte de 132 cc. par kil. d'animal, et chez la femme enceinte de 115 cc.

COMPTES-RENDUS DES SÉA
 nce entre les deux variétés
 onsidérablement, si on tien
 aise en 24 heures par la fet
 ise celle de la femme non
 fait, la toxicité doit être
 ez la première et ramené
 nal.
 ion s'impose donc, c'est qu
 nceinte n'est pas inférieure
 vivant dans des conditions

DES FORCES ÉPILEPTISAN ES CONTENUES DANS LE ILSIVANTE DE LA LIQUEU

Par MM. CADÉAC et MEUNN

décomposé la liqueur d'ar
 ant leurs affinités physiolo
 nte des essences de saug
 rin et de fenouil contenu
 nous devons envisager les
 me nerveux dans une di
 antagonistes comprenne
 nce (stupéfiants et excito
 ce neutralisante de ces p
 de la liqueur avec la mêm
 ces éléments n'a pas les m
 ts (thym, serpolet, lavande
 le rôle de frein pour ei
 amènent presque immédi
 ibles doses ingérées ou inj

hes ont été faites dans le lab
 ie nous ne saurions trop remer
 i reçu.

seaux la diminution de l'excitabilité musculaire, la paresse cérébrale, l'engourdissement général et la somnolence. Cette activité stupéfiante peut être représentée par les chiffres suivants placés dans un ordre décroissant : 14 milligr. de thym et de serpolet, 16 mill. de lavande, 31 mill. de rue, 33 mill. de mélisse par kilogramme d'animal. Les effets de ces ingrédients grandissent du poids de chacun de ces éléments qui, réunis, forment dans un litre de liqueur une somme de 1 gr. 30 capable de stupéfier, à un degré minimum il est vrai, 81 kil. d'animal pendant que 1 gr. 51 d'éléments épileptisants portent à ses limites extrêmes l'excitabilité nerveuse d'un poids de 66 kil. De ce chef l'influence des essences épileptisantes subit une première atténuation.

Les *excito-stupéfiants* (menthe, origan, angélique), auxquels s'adjoignent plus ou moins vite le basilic, la marjolaine, la sarriette et le calament leur en infligent une seconde. Représentés quantitativement par un total de 1 gr. 11 par litre, les excito-stupéfiants sont placés entre deux groupes dont l'action est diamétralement opposée et ils sont à des moments différents les alliés de chacun d'eux. Dans une première phase, très courte, ils surexcitent le système nerveux suivant sa triple modalité : intelligence, sensibilité et mouvement; dans une deuxième phase, très longue, ils narcotisent, dépriment et produisent un sommeil lourd, accablant.

Le buveur de vulnérable placé entre tous ces éléments disparates, et tiraillé par des forces contraires, tend-il à s'élever vers les réactions convulsives ou à descendre vers l'anéantissement général? L'expérimentation fait ressortir la suprématie des éléments épileptisants. Par injection ou ingestion le mélange de toutes ces essences réunies est extrêmement *excitant* à faibles doses, et *épileptisant* à doses massives. Les éléments stupéfiants sont submergés par les épileptisants, leurs effets sont neutralisés et éteints, ils servent tout au plus à retarder l'apparition des troubles les plus graves amenés par les forces épileptogènes, notammen

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

convulsive, sans l'empêcher. Mais, dans les effets des éléments stupéfiants sont pervertis les effets des épiléptisants sont affaiblis. Leur action est abaissée, de telle sorte que le mélange contenu dans un litre de vulnéraire ne peut tuer que 40 kil. d'animal au lieu de 66 kil.

Après un nouvel appoint d'éléments stupéfiants très forts sur eux-mêmes, le buveur de vulnéraire a pu redouter de rouler dans une crise d'épilepsie après avoir pris une dose considérable de cette boisson.

Il ne suffit pas pour avoir une notion exacte de la liqueur d'arquebuse d'avoir déroulé la chaîne des convulsifs imputables aux essences épiléptiques d'avoir montré l'antagonisme des éléments excitants et des excitants, il faut encore associer les agents aromatiques, et rechercher si le produit est justiciable des mêmes accusations, sinon, armée, la liqueur reste épiléptisante.

Après l'administration et l'injection dans les veines de la liqueur composée suivant la formule du Codex ou de ses variantes de vulnéraire du commerce mettent en évidence un fait important : *l'impossibilité de reproduire la crise d'attaque épiléptique typique.* La liqueur est épiléptisante, mais elle n'est pas *épiléptisante*. Sous l'influence de l'intoxication par le tube digestif à ses doses fortes on voit les accidents se dérouler de la même manière que chez les chiens, en proie à une agitation très vive, se folle, ébranlés par des secousses et bientôt atteints de crampes, tombent fréquemment dans la léthargie, parfois la tête se renverse en opisthotonos, le corps se courbe en arc, les muscles de la tête et du cou se contractent, des frémissements intenses, les paupières clignent rapidement; la pupille se dilate, mais l'animal ne perd pas connaissance. Dès que la tonicité musculaire s'atténue, les animaux roulent sur eux-mêmes, exécutent les mouvements les plus désordonnés en poussant des cris. Tous ces phénomènes se reproduisent par accès spontanés et

provoqués par une excitation extérieure. Ils sont faciles à déterminer chez les chiens de rue et chez tous les animaux de cette espèce à système nerveux irritable; on ne les obtient jamais chez les chiens Terre-Neuve, ni chez les chiens Saint-Bernard à excitabilité moins vive. Ces phénomènes convulsifs se différencient toujours très nettement de l'attaque comitiale typique; les muscles de la face n'offrent pas cet aspect franchement grimaçant si caractéristique du début de l'attaque épileptique, les mâchoires ne s'entre-choquent pas, la respiration n'est pas suspendue, la conscience n'est jamais entièrement éteinte, le cycle épileptique fait défaut.

Ainsi l'alcool, si dangereux par lui-même, loin de renforcer la puissance épileptogène des essences épileptisantes contenues dans le vulnéraire, s'allie aux produits stupéfiants et réduit l'importance des effets convulsivants. Il affaiblit les forces épileptogènes sans parvenir à les noyer entièrement. Le chien intoxiqué par le vulnéraire accuse d'emblée une hyperesthésie extrême : il continue à trouver dans les essences épileptisantes associées à l'alcool l'aiguillon de la sensibilité et de la motilité qui engendre sans cesse des réactions anormales dont les principales modalités sont la raideur, les crampes, les frémissements musculaires, puis le sujet s'élève vers les convulsions choréiques, tétaniques et cloniques; mais *il n'offre jamais la convulsion épileptique*.

Cette donnée, qui repose sur plus de trente expériences, met en évidence les effets convulsifs spéciaux déterminés par les essences. Bien que la réaction épileptique ne fasse pas partie de ces manifestations convulsives dues à l'empoisonnement aigu par le vulnéraire, cet alcoolat n'en est pas moins un toxique très dangereux. Mais on ne peut manquer d'objecter que l'intoxication aiguë ne réalise pas les conditions ordinaires du buveur qui chaque jour accumule dans son économie de nouvelles doses de ces poisons.

Dès lors, il est nécessaire de se rapprocher le plus possible de ces conditions afin de s'assurer si l'intoxication chronique chez le chien n'amène pas la crise épileptique. Des expériences prolongées peuvent seules éclaircir un point

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

si grand. Jusqu'ici nous n'avons pu
vation de cette nature qui a duré
en de 20 kil. auquel nous avons fa
ueur d'arquebuse par jour. Malgré
ier accompagné de secousses choréi
e contractions cloniques et de di
nous étudierons prochainement l'or
éussi une seule fois à produire l'atta

herches sur l'intoxication aiguë ou
aire ou eau d'arquebuse nous croy
conclusions suivantes :

ences épileptisantes : la sauge, l'abs
rin et le fenouil entrent dans sa com
de ces éléments réunis dans un lit
uffisante pour produire l'épilepsi
ille moyenne.

ients stupéfiants (thym, serpolet, la
nt des antagonistes des essences épi
to-stupéfiants (menthe, origan, angé
c, calament et sariette) s'ajoutent a
but de leur action et aux stupéfian
ase qui est la plus prolongée. Ils se
s : primitivement, ils préparent la
rement à la stupéfaction.

ts épileptisants, partiellement neut
ré des stupéfiants et des excito-stup
is par l'alcool.

ation par le vulnéraire, aiguë ou
limites extrêmes, se traduit par un
ite, par des convulsions choréiques
ns tétaniques et cloniques passag
jamais à l'attaque épileptique.

ation aiguë, comme l'intoxication
excitabilité morbide, une irritabilit
re éclater rapidement chez les femi
chez tous les sujets par un usage pi

crises hystériques, éclamptiques et spasmodiques prédisposés à l'attaque épileptique.

ENDOCARDITE INFECTIEUSE EXPÉRIMENTALE

MM. JossERAND et Roux présentent le cœur d'une femme qui a succombé à une endocardite infectieuse expérimentale produite par l'injection intra-veineuse d'un bouillon semé avec une goutte de sang prise d'un malade.

Cette femme, entrée à l'hôpital de la Croix-Sainte-Clotilde, le 14 avril 1891, au quinzième jour de sa maladie, offrait des signes d'infection profonde : fièvre, hyperthermie, albuminurie. Comme localisation, tout se passait au cœur : d'où rudesse extrême avec frottements péri-cardiaux. La maladie, remarquable par sa durée (trente jours), suit encore son cours.

On fit trois prises de sang, deux au doigt index : une des deux premières, portée sur une lame de verre. Une épreuve d'un blanc grisâtre se produisit. On transporta dans un bouillon, lequel servit à semer dans un tube de gélatine et une pomme de terre sur laquelle on observa des colonies citrines.

Un nouveau bouillon (4^e génération) ensemencé avec les colonies fut inoculé le 29 mai à la dose de deux cubes dans la veine auriculaire d'un lapin qui mourut le 26 juin en présentant à l'autopsie un épanchement dans le péritoine et le péricarde, et une endocardite à intensité remarquable.

On voit en effet sur la pièce présentée les valvules sigmoïdes de l'aorte grosses chacune comme une noix et constituées par des granulations mûriformes. Les valvules de la mitrale, elles sont si bourgeonnantes qu'on ne peut apercevoir aucune fente à l'orifice mitral.

Relativement au microorganisme à incriminer, c'est un staphylocoque à grains plus gros que l'aureus, ne liquéfiant pas la gélatine, et donnant sur gélatine et pomme de terre des cultures non pas jaunes, mais citrines.

Une étude plus approfondie permettra d'avoir prochainement des données plus exactes sur sa nature.

La femme qui a fourni le sang est encore à l'hôpital. Voilà donc un cas intéressant au point de vue doctrinal, et dans lequel la médecine expérimentale a rendu son arrêt pour ainsi dire au lit de la malade, et permis de diagnostiquer l'endocardite sur l'examen du sang comme on diagnostique la tuberculose sur l'examen des crachats. Jusqu'ici les endocardites expérimentales n'ont été obtenues qu'avec des produits cadavériques.

Les organes et les valvules du lapin ont été ensemencées, et MM. Roux et Josserand se proposent de poursuivre cette étude qu'ils publieront en détail.

CANCER DE L'ŒSOPHAGE ET SONDE A DEMEURE.

M. VINAY présente un malade atteint d'un rétrécissement cancéreux de l'œsophage situé à 0,10 cent. au-dessus du cardia et chez lequel il a placé une sonde à demeure dont l'orifice sort par la narine droite. Il s'est servi d'une grosse sonde de Nélaton ayant 30 centimètres de longueur qu'il a introduite armée d'un mandrin en plomb par l'orifice buccal. Puis il a introduit par la narine droite une sonde molle élastique dont il a lié l'extrémité à la précédente et la fait ressortir par la narine correspondante.

M. Vinay estime que la sonde à demeure est un moyen préférable à la gastrostomie dont les résultats sont mauvais; elle permet d'alimenter les malades et leur épargne les tourments de la faim.

DES HALLUCINATIONS PRODUITES PAR L'EAU D'ARQUEBUSE.

Par MM. CADRAC et MEUNIER.

Dans l'intoxication par la liqueur d'arquebuse, le syndrome *convulsion* est souvent accompagné de délire. Si ce trouble n'est pas comme les accidents convulsifs la caractéristique de l'action spéciale du mélange des essences contenues dans cette liqueur, son apparition est beaucoup plus précoce que dans l'intoxication alcoolique simple. L'action des essences renfermées dans le vulnéraire se retrouve et s'affirme presque aussi nettement dans les affections psychiques qui découlent de cette intoxication que dans la production de troubles moteurs et sensitifs que nous avons étudiés.

L'étude synthétique de cette boisson le démontre. Le chien, soumis pendant trois mois à un enivrement progressif et continu, commence à délirer à partir du sixième jour ; souvent il s'arrête dans une course folle pour fixer longuement un être fictif ou pour chercher à happer un morceau de viande imaginaire : ce sont de simples visions sans régularité, sans fixité. Dès les premiers jours du deuxième mois d'intoxication, les hallucinations prennent un caractère constant et un type spécial. A tout instant l'animal se mord la queue, le train postérieur, le flanc, comme s'il voulait se débarrasser d'insectes dont il croit ressentir les piqûres. Il bondit même parfois pour atteindre la mouche imaginaire à laquelle il attribue sans doute les fourmillements toxiques produits par les essences qui l'irritent. Tous les jours il est sans cesse en mouvement, en lutte pour échapper à ces troubles subjectifs de la sensibilité, les yeux sont hagards, la physionomie a une expression rabique, il est furieux de son impuissance, mais il n'est pas agressif. Ce n'est que lorsqu'il est distrait par une caresse ou par une promenade qu'il cesse de lutter et qu'il oublie puces et mouches fictives qui le tourmentent. Son délire est raison-

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

stématisé : le subjectif a seulement remp

expérimentale analytique du vulnérain
r l'origine et la qualité de ces hallucin
es isolément, la plupart des essences q
alcoolat réalisent des troubles hallucina
la vue, l'ouïe, parfois même l'odorat et
érale. Mais ces aberrations sont loin d
es paraissent emprunter aux propriétés
essences un caractère spécial, une mode
dépendante de l'action typique de ces
es les essences épiléptisantes, les hallu
un caractère terrifiant dont l'expression
de l'activité épiloptogène : avec les es
bsinthe, d'hysope, les animaux deviennent
ils se retournent vivement, font face a
ec rage et cherchent à mordre l'ennen

essences de romarin et de fenouil les ec
, terrifiantes aussi, sont cependant un j
s premières : les sujets intoxiqués, le
sont pusillanimes ; ils reculent avec épo
arfois en eux-mêmes, les membres antér
rtés en avant, la tête enfoncée entre les
ent avec crainte et tristesse un objet d'el
ces hallucinations paraissent avoir un
ue, être créées par des troubles hyperalg
ident ou suivent les secousses, les cra
convulsives, c'est-à-dire les troubles
x qui sont perçus par des centres nerv
r l'imprégnation de l'essence. Sous l'ini
ation les centres sensoriels infra-cortica
sent de rectifier et d'interpréter ces s
s et leur donnent alors une origine obje

es capables de produire des troubles l
les essences sont très faibles : 8 milligr.

de sauge, 22 milligr. d'essence d'absinthe, 30 milligr. d'essence d'hysope, 36 milligr. d'essence de romarin, 45 milligr. d'essence de fenouil par kil. d'animal suffisent pour faire délirer un chien. Mais la production de ce trouble est loin d'être aussi constante et aussi certaine que celle des troubles moteurs. Nous ne sommes pas, en effet, aussi maîtres de déterminer à volonté la réaction hallucinatoire que la réaction épileptique, d'autant plus que les troubles psychiques sont moins apparents et d'une observation beaucoup plus difficile que les troubles physiques.

Les hallucinations sont moins bruyantes, moins dangereuses, moins redoutables avec la plupart des essences excitostupéfiantes qu'avec les essences épileptisantes. L'essence de calament se rapproche seule de ces dernières ; elle transforme parfois le chien en fou furieux ; il a l'air d'un possédé ; il se précipite avec rage sur les fantômes qui l'attaquent. Le délire provoqué parfois par l'essence d'angélique rend les animaux craintifs, inoffensifs ; ils sont terrorisés et glacés d'épouvante. Les conceptions délirantes provoquées par le basilic, l'origan et la menthe se déroulent le plus souvent avec un certain ordre et appellent parfois tous les actes qu'accomplit le chien dans le fonctionnement normal de son activité cérébrale. C'est ainsi qu'un chien de chasse intoxiqué par l'essence d'origan se met à flairer, à guêter, lève le nez, cherche le vent, marche avec hésitation, l'œil fixe ; il chasse un gibier imaginaire. Un autre chien intoxiqué par l'essence de basilic présente un délire dont il est difficile de comprendre tout le sujet : il court effrayé avec une rapidité extrême et il s'arrête brusquement comme devant un obstacle insurmontable, les jarrets fléchis, l'oreille tendue, puis il fait volte-face, retourne vivement en arrière, reprend bientôt sa course folle en avant et franchit d'un saut puissant le fossé qui l'avait arrêté en premier lieu. Il revient en arrière plusieurs fois en faisant un coude pour éviter le même obstacle et resaute chaque fois absolument à la même place. Il exécute ainsi une sorte de rêve bien systématisé qui implique une extrême logique dans la réalisation. Avec de fortes doses

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

de menthe, on détermine des hallucinations. Les animaux semblent toujours suivre les hallucinatoires n'apparaissent qu'après l'injection intra-vasculaire de fortes doses de ces essences : 60 milligr. d'essence de basilic, 70 milligr. d'essence de gélique, 81 milligr. d'essence de lavande, 87 milligr. d'essence d'origan, 94 milligr. d'essence de calament, 100 milligr. d'essence de menthe par kil. d'animal pour faire délirer le chien.

Avec les essences stupéifiantes les hallucinations sont plus rarement ; nous ne les avons pas observées avec le thym, ni avec le serpolet, ni avec la mélisse. Dans l'injection par l'essence de lavande, les chiens ont des convulsions qui les glacent d'épouvante et leur enlèvent toute la faculté de se défendre. Malgré l'étroite parenté des hallucinations produites par ces diverses essences, chaque poison est aussi capable de créer par sa nature même un délire et indépendant du sujet intoxiqué.

Maintenant si l'on tient compte de la quantité de parfum hallucinatoire contenu dans un litre de liqueur on trouve par un simple calcul qu'il entre dans cette liqueur assez d'essence pour faire délirer un chien de 100 kil. environ.

Ainsi les essences ont une action beaucoup plus puissante que l'alcool. Une seule injection toxique suffit pour les produire. Le délire qui résulte de la sorption de toutes ces essences réunies à l'alcool, est très-nécessaire, rappelle le délire déterminé par les essences stimulantes, mais bien amoindri ; les conceptions déterminées par l'eau d'arquebuse paraissent ainsi leur source dans les troubles hyperalgésiques déterminés par les éléments épileptogènes de cette liqueur.

STÉRILISATION DU LAIT.

M. VINAY présente une note sur la stérilisation

(Voir la première partie (MÉMOIRES), p. 39.)

M. CATRIN demande si un séjour de 15 minutes, à une température de $+ 70^{\circ}$ suffit à stériliser le lait des agents tuberculeux.

Il rappelle que des expériences de Toussaint ont montré qu'au centre de morceaux de viande tuberculeuse, et préalablement cuits, on a pu retrouver des fragments encore infectants.

M. COURMONT fait remarquer que dans ce cas-là le centre des morceaux de viande n'avait pas atteint la température de $+ 70^{\circ}$.

TROIS CAS D'EMPYÈME.

M. SIEUR lit les observations de trois malades opérés d'empyème en février dernier. Dans les trois cas, l'épanchement est survenu au cours d'une broncho-pneumonie, s'est montré purulent d'emblée et a suivi une évolution très rapide.

(Voir la première partie (Mémoires), p. 71).

M. VINAY croit qu'un simple examen du pus au microscope après une ponction capillaire est suffisant pour savoir à quel microbe on a affaire.

M. CATRIN rappelle qu'il a présenté à la Société des conclusions analogues et insiste sur la nécessité d'une intervention immédiate, ayant eu un cas de mort rapide chez un malade présentant les mêmes symptômes que le premier opéré de M. Sieur.

Quant à la recherche des microorganismes, il ne suffit pas, comme le dit M. Vinay, de colorer des lamelles de pus, mais il faut, de l'aveu même de M. Netter, faire des cultures, lesquelles demandent au moins deux à trois jours, temps pendant lequel l'affection peut faire des progrès très rapides et causer la mort du malade.

POILS NOMBREUX DÉVELOPPÉS SUR LES OS DE LA FACE ET LES MAXILLAIRES D'UN ANIMAL DE L'ESPÈCE BOVINE.

Par M. GUINARD.

C'est dans une des vitrines du musée de tératologie de l'École vétérinaire de Lyon que se trouvait la très intéressante pièce dont nous allons parler. Elle provenait d'un fœtus de vache qui devait avoir sept ou huit mois environ.

Malheureusement, les renseignements sur cette pièce nous font presque complètement défaut. Nous ne savons pas quand, par qui, et dans quelles conditions elle a été re

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES

uels caractères elle présentait à l'état frais existaient entre les surfaces osseuses et les organes qui les recouvraient.

Les indices tirés de l'examen de l'étiquette ne pouvaient indiquer qu'elle a été mise en collection, mais nous avons été fort surpris de ne pas trouver sur ce sujet une note, un travail quelconque. Ce spécimen, conservé à l'état frais aurait certainement des renseignements précieux, non seulement sur son développement, mais sur les intéressantes questions qui se posent en embryogénie des poils et des dents. Nous ne pouvons que décrire la pièce telle qu'elle est, en remarquant que, dans les conditions où nous l'avons trouvée, elle perd une grande partie de son intérêt scientifique. Elle est essentiellement d'un maxillaire inférieur et se compose de plusieurs fragments détachés appartenant à la partie inférieure du maxillaire supérieur, le tout conservé dans l'alcool.

Les poils se montrent en grande partie recouverts par des lamelles cornées, breux, longs et touffus, s'échappant de la surface, implantés sur la lame externe et dans l'épaisseur même des organes qui en recouvrent de grandes quantités.

Comme ces os étaient frais ils devaient être lisses, mais ils ne le sont actuellement, car par suite de la décoloration les poils ont perdu leur fixité et les lamelles se détachent avec une extrême facilité, et depuis le temps beaucoup d'entre eux sont détachés. Il est facile de voir les points sur lesquels ils sont implantés, car, en ces points, la surface de l'os au lieu d'être compacte se montre poreuse et comme criblée. Comme nous avons appris que la presque totalité du maxillaire inférieur était recouverte par ces lamelles cornées, on ne voit même pas, soit à la face externe, où pouvaient se faire les insertions, soit à la face interne, toutes les parties paraissent envahies et recouvertes par des poils. Ceux-ci sortent abondamment

conduits dentaires et le trou mentonnier la place du nerf dentaire, remontent l'apophyse coronale et entourent la base.

On les voit aussi sortir en touffes serper par les alvéoles des dents molaires, et on voit des pinceaux bien garnis qui s'échappent de l'extérieur des mêmes dents.

C'est ce que nous disons du maxillaire inférieur, du maxillaire supérieur et aux os de la face. Nous les avons examinés aussi. Partout il y a des poils, à la profondeur, sur les dents, etc., nous les avons trouvés dans les sinus.

Ces poils, fragiles et cassants, sont blancs, droits et non frisés; ils ressemblent à ceux du chien griffon, et ne mesurent pas moins de 7 à 9 μ de diamètre.

Il aurait été intéressant de connaître les rapports existant entre le point d'insertion de ces poils dans l'os et les éléments environnants, de savoir le mode de fixation de ces organes et de voir s'ils sont vus de follicules pileux.

Malheureusement, l'état des pièces ne nous a pas permis de se livrer avec fruit à des investigations; c'est à l'état frais que cette étude pouvait être intéressante à poursuivre.

Malgré cela, M. le professeur Leabre a bien voulu se charger de faire l'examen histologique d'un spécimen après décalcification préalable dans l'acide osseux; mais il n'a pu observer qu'un seul fait, que les poils se perdaient au sein de la substance osseuse et se par conséquent logés dans les espaces spongieux. Il était impossible de distinguer les poils.

Nous croyons bon de noter que les dents, seules, sont respectées, sont en nombre :

Comment interpréter une semblable apparence ?

Nous avons d'abord songé, mais sans succès, à l'explication suivante :

La formation du follicule pileux et du follicule dentaire consiste essentiellement dans la genèse des deux organes, l'un de nature épidermique ou épithéliale émanant, pour le poil, de l'épiderme cutané; pour la dent de l'épithélium de la muqueuse; l'autre, de nature mésodermique, représenté, pour le poil, par un bourgeon vasculaire, originaire de la papille; pour la dent, par un bourgeon formé d'éléments nouveaux, nés au sein du tissu embryonnaire des mâchoires. Au milieu de ce bourgeon pénètre aussi une anse vasculaire, papille ou bulbe de la dent. Seulement, pour la dent, le bulbe en s'ossifiant par disjonction d'éléments nouveaux devient l'ivoire, tandis que pour le poil il reste à l'état de papille vasculo-nerveuse.

La dent a donc une origine embryonnaire et une formation analogue à celle du poil, mais elle représente un degré d'organisation plus élevé.

Nous supposons alors que l'invagination épithéliale, au lieu de se limiter à la production de bourgeons normaux, avait pu se faire avec une abondance et une profusion extrême, emprisonnant dans l'épaisseur des os une quantité considérable d'éléments épithéliaux.

Ces éléments épithéliaux, en excès, n'ayant pas rencontré les éléments mésodermiques suffisants pour devenir des dents, avaient pris le degré d'organisation inférieur et s'étaient transformés en poils.

Mais existait-il autant de follicules que de poils et comment ces follicules se seraient-ils formés? Voilà ce que nous ne pouvions dire.

On peut invoquer aussi une autre explication que nous croyons meilleure, et à laquelle nous nous rattacherions plus volontiers. Au lieu de supposer une invagination épithéliale profuse, difficile à justifier et à comprendre, il est possible d'admettre que les éléments embryonnaires de la substance médullaire ont subi une déviation, une transformation dans leurs évolutions et ont perdu leurs caractères de tissu mésodermique pour prendre les caractères des tissus épithéliaux, et se transformer en poils.

Ce serait alors un développement hétérotopique de poils comparables à ceux qu'on a observés sur la muqueuse vésicale, sur la langue, sur le pharynx et même dans l'estomac ; mais dans ces cas là on observerait aussi une portion de peau servant d'insertion aux poils. Nous n'ignorons pas cependant que les amas de poils trouvés dans les régions pharyngiennes et parotidiennes constituant les kystes dits dermoïdes peuvent s'expliquer aussi par une invagination ectodermique au niveau des fentes branchiales.

Nous ne savons comment se terminaient les poils qui sont fixés sur le maxillaire dont il est question ici, mais nous pensons que leur origine est justiciable de la loi de pathologie générale que Lebert a formulée dans les termes suivants : « Beaucoup de tissus et des organes complexes peuvent se former de toutes pièces dans les endroits du corps où à l'état normal on ne les rencontre point. »

Nous avons fait pas mal de recherches bibliographiques et nous ne sommes pas parvenus à trouver de citations relatives à l'anomalie que nous venons de décrire, voilà pourquoi nous avons songé à la faire connaître malgré les conditions défectueuses de notre observation.

M. ARLOING estime que cette pièce confirme la théorie de Ch. Robin sur l'évolution des dents et des poils. Il se souvient d'avoir vu la pièce qui vient d'être présentée à l'époque de l'inauguration de la statue de Bourgelat, à l'Ecole vétérinaire ; mais les renseignements sur son origine n'étaient pas plus précis, et il regrette aussi que le catalogue auquel doit correspondre son numéro d'ordre n'ait pas été retrouvé.

Cependant à son sujet il croit devoir rappeler quelles sont les idées que Charles Robin avait eues, à un moment donné, sur l'origine des dents. Ces idées, il les lui avait entendu exprimer à plusieurs reprises dans les conversations qu'il a eues avec lui.

Robin pensait que les dents provenaient, comme les poils, d'invaginations ectodermiques ou épithéliales, et que les principaux éléments de ces organes, ivoire et émail, avaient ainsi même origine. Ces idées sont plus adoptées aujourd'hui. Mais à l'occasion de la pièce qui fait l'objet de la communication de M. Guinard on pourrait peut-être le rappeler.

Dans ce cas particulier, en admettant l'opinion de Robin, on pourra :

comprendre comment des éléments ectodermiques, se sont transformés en poils au lieu de

Cette identité d'origine et de formation du poil Robin tenait tout particulièrement, serait peu présente anomalie.

Cependant, si cette explication est acceptable qui puisse être soutenue, surtout actuellement où différents éléments anatomiques sont adoptées p

M. RAFFIN demande si cette pièce peut être ramolies dans lesquels on trouve des dents et des de cette pièce, qui n'a pu être contrôlée sur les a-t-elle été trouvée en effet dans une production

M. ARLOING répond que cela n'est pas possible portion de la tête trop complète et trop régulière puisse être admise.

PROPRIÉTÉS PYOGÈNES DU MICROBE

MM. TEISSIER et FRENKEL, en poursuivant le microbe que MM. Teissier, G. Roux et Pissard dans le sang et les urines de plusieurs atteints de la grippe, ont vu que ce microbe peut provoquer la purpuration. Ce fait est d'autant plus intéressant que dans des différents organes ne sont pas les phénomènes de la grippe. On connaît un grand nombre de microbes réputés spécifiques qui peuvent, dans certaines conditions, faire des croches sont, par exemple, le streptococcus pneumoniae, le pneumocoque de Talamon-Frænkel-Weidmann, le bacille de Friedlander, le bacille d'Ebert, le coli communis, la bactérie septique, le bacillus anthracis, le genus, le bacillus prodigiosus, le bacillus senbach N, N, 2 et 3, le bacillus anthracis, le bacillus Chauvæi, le bacille de la tuberculose, les agents du bouton de Biskra, d'Alep, de Bagdad, les conditions dans lesquelles MM. Teissier ont observé ce fait :

Un lapin reçoit 2 cc. d'une culture

sept jours, dans la veine marginale de l'oreille; au même temps il reçoit 1 cc. de la même culture dans le tissu conjonctif de l'oreille. Ce lapin présente de la fièvre pendant les 24 heures qui suivent l'inoculation, de la dyspnée, de l'abattement général, de la faiblesse des membres postérieurs. Ces phénomènes disparaissent au bout de 27 heures. Cependant le lapin commence à maigrir et son poids descend de 1,850 gr. à 1,500 gr., dans les 3 jours qui suivent l'inoculation, et à 1,200 gr. dans 10 jours; le lapin a donc perdu un tiers de son poids en 10 jours. Une semaine après l'inoculation, à l'oreille s'est établie une suppuration nécrotisante. Dans l'étendue de 2 à 3 cent. le bord de l'oreille est détruit; la suppuration s'étend du lieu d'inoculation jusqu'à la base de l'oreille. On recueille une goutte de pus avec les précautions d'usage et on ensemence dans du bouillon. Une autre goutte de pus sert pour l'examen microscopique.

Ce pus, préparé par la méthode de Gram ne contient ni staphylocoques, ni streptocoques. Le bouillon est fertile au bout de 12 heures et présente des diplobacilles très mobiles, tout à fait semblables à ceux qui avaient été injectés au lapin. Lorsqu'on colore ces diplobacilles avec du violet de gentiane, avec chauffage, ils perdent leur mobilité et paraissent plus petits et plus minces. Lorsqu'on traite une goutte de culture par le procédé de Gram, ces microbes sont décolorés et la préparation ne révèle aucun autre microorganisme. Ensemencée sur gélatine, la culture ne liquéfie pas et ressemble absolument à la culture d'origine sur le même milieu; sur agar la culture ressemble de même à la culture mère. Elle est surtout caractéristique sur pomme de terre; en effet, macroscopiquement la pomme de terre paraît être stérile, mais si l'on gratte la surface on recueille des milliers de bacilles très mobiles.

Au microscope la culture en bouillon révèle les formes diplo et strepto-bacillaire; la culture sur agar présente des bacilles très courts, parfois rangés en deux sous forme streptococcienne; la culture sur pomme de terre donne des bacilles plus longs et plus gros, de même très mobiles, mais

qui ne présentent pas d'étranglement au milieu de leur corps.

SUR LA VARIABILITÉ DES PROPRIÉTÉS PATHOGÈNES
DES MICROBES.

M. FRENKEL fait une communication dans laquelle il montre que si les microbes non pyogènes ont souvent produit de la suppuration, il existe aussi des microbes réputés pyogènes par excellence qui peuvent perdre leur propriété principale au profit d'autres propriétés pathogènes. Il est à remarquer que les observateurs n'ont pas l'habitude de rapporter les cas de cette deuxième catégorie, car lorsqu'on voit un microbe connu n'ayant pas tous les caractères classiques, on est plus disposé à admettre qu'on a affaire à une nouvelle espèce que de convenir que les propriétés pathogènes des microbes varient.

M. Frenkel a étudié pendant longtemps les propriétés du *staphylococcus citreus* de Passet. Il expérimentait avec deux échantillons, l'un provenant d'une vésicule d'herpès, l'autre des larmes d'un rubéolique. En effet, on trouve ce microorganisme plus souvent en dehors des abcès que dans le pus de ceux-ci (tuberculose pleurale, Bonome ; grippe, Friedrich ; sang d'un homme suspect d'être atteint de morve, Riedel ; épanchements séreux pleuraux, Weichselbaum). On injectait des cultures en bouillon dans le sang, dans le péritoine, sous la peau de la cuisse, sous la peau de l'oreille en quantités allant d'une goutte à 5 cc. On injectait les produits solubles de cultures plus jeunes et de cultures plus vieilles. On combinait de différentes manières ces injections. On mettait en œuvre les différents procédés pour favoriser la pyogénèse. Sur 20 lapins on n'a jamais réussi à produire du pus et cependant les cultures n'étaient rien moins qu'innocentes. Sur ces 20 lapins, 12 sont morts, la plupart entre le 6^e et le 37^e jour, quelques lapins plus tard. Sur les 8 lapins survivants tous ont perdu $\frac{1}{5}$, $\frac{1}{4}$ ou $\frac{1}{3}$ de leur poids ini-

tial. Après avoir maigri pendant deux, trois, quatre semaines, les lapins se remettaient à engraisser, et parfois dépassaient même le poids qu'ils avaient eu avant l'expérience.

Les produits solubles de cultures âgées de 5 jours ont des propriétés hyperthermisantes ; injectés dans le sang à la dose de 1 cc. par 200 gr. de poids vif, ils élèvent la température des lapins pendant les quelques heures qui suivent l'inoculation ; cette élévation de température commence une demi-heure après l'injection et est parfois précédée par un léger abaissement de la température.

Ces produits solubles sont très toxiques, puisque les lapins qui n'ont reçu que les produits solubles maigrissent comme s'ils avaient reçu les cultures. Toutefois ils sont moins toxiques que les cultures, et leur action sur l'organisme s'épuise plus rapidement, déjà au bout de deux semaines. Ces produits solubles sont donc hyperthermisants, toxiques, mais ils ne favorisent pas la pyogénèse.

Les cultures filtrées au bout de 25 jours sont donc moins hyperthermisantes et moins toxiques que celles filtrées au bout de 5 jours ; elles ne favorisent pas non plus la pyogénèse.

La voie d'introduction du *staphylococcus citreus* ne paraît pas avoir une influence marquée sur les effets ressentis par l'organisme du lapin. Les lapins qui ont reçu les cultures dans le sang ne sont pas morts plus vite que ceux qui en ont reçu dans le tissu conjonctif ou dans la cavité péritonéale.

A l'autopsie de 12 lapins on n'a trouvé aucune lésion anatomique imputable au microbe injecté. Les cultures faites avec les humeurs des organes (surtout avec le sang) des lapins morts n'ont jamais donné de colonies de *staphylococcus citreus*, mais souvent elles ont donné des *staphylococci* blancs, une fois même le *staphylococcus doré*. Le *staphylococcus* blanc provenant d'un lapin mort par suite de l'injection du *citreus* a tué, à son tour, deux lapins, sans provi-

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

quer toutefois de la suppuration dans un point de l'organisme.

ENDOCARDITE INFECTIEUSE CHEZ LE LAPIN

MM. JOSSERAND et ROUX présentent de nouveau un lapin atteint d'endocardite infectieuse qu'ils ont observé à la séance du 1^{er} juillet. La malade, dont le sang a été employé pour ensemer le bouillon injecté dans la veine de l'animal, a succombé seulement avant-hier après une maladie de quatre mois, et 24 jours après l'autopsie. Les deux cœurs présentés à la Société offrent des particularités remarquables : chez tous les deux le cœur gauche seul est atteint. Les valvules sigmoïdes sont couvertes de bourgeons charnus à la mitrale, très végétante chez le lapin, au point de rétrécir l'orifice auriculo-ventriculaire, elle l'est moins chez la malade : là en effet la face ventriculaire des valves est couverte de végétations prêtes à se détacher. Cette nappe en choux-fleur s'étend plus haut sur l'endocarde de l'oreille sur lequel elle remonte. La rate, très hypertrophiée, présente plusieurs abcès ainsi que les reins. Les auteurs insistent sur l'importance de l'endocardite avec une goutte de sang prise pour l'ensemencement et sur la durée de l'affection qui a permis d'arriver à un diagnostic et le pronostic sur des données expérimentales avant la mort de la malade.

Quant au microbe pathogène, il s'agit toujours du *Staphylococcus aureus* donnant sur agar-agar et sur pomme de terre des colonies citrines. Il liquéfie la gélatine, mais beaucoup plus lentement que l'*aureus*, avec lequel on ne peut pas le confondre. L'étude de ses caractères sera d'ailleurs complétée.

OSTÉOME DE L'OREILLE.

Par MM. les docteurs RAPIN et ROUGIER.

Il s'agit d'un jeune homme de 27 ans qui s'aperçut à l'âge de 15 ans qu'il avait l'oreille droite moins fine que la gauche.

En 1886, un abcès se forma et fut ouvert au-dessous du lobule. Depuis cette époque et toutes les années l'oreille droite est le siège de poussées inflammatoires.

En juin 1891, il a une poussée de même ordre, s'accompagnant de gonflement de la région mastoïdienne. A ce moment le conduit auditif externe est obstrué par une tuméfaction siégeant à la partie postérieure et inférieure, tuméfaction du volume d'une noisette, non inflammatoire et présentant l'apparence d'un néoplasme qui aurait pris naissance dans ce point, et aurait grossi en obstruant de plus en plus le conduit auditif, à tel point que l'examen des parties profondes de ce conduit est impossible. On ne peut fixer les limites de son implantation, car il n'y a pas de pédicule. La tumeur est dure, et la pointe du galvano-cautère, après avoir traversé la peau qui la recouvre, est arrêtée d'une façon invincible; ce fait démontre qu'il s'agit d'une production osseuse.

Les troubles fonctionnels sont marqués, et le tic-tac de la montre n'est perçu que lorsqu'elle est appliquée sur les os du crâne.

Les accidents inflammatoires furent attribués à l'obstruction du conduit auditif amenant la rétention de produits septiques.

En raison de ce fait, l'intervention fut décidée et pratiquée le 4 mai 1891.

Incision curviligne de 6 à 8 centimètres, un peu en arrière du sillon auriculo-temporal intéressant la peau, le tissu cellulaire et le périoste. Celui-ci est décollé avec la rugine dans la direction de l'oreille jusqu'au niveau de la portion osseuse du conduit auditif externe. A ce moment, la tumeur

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

devient mobile et peut être enlevée sans difficulté d'une pince. L'opération fut complétée par la suture et le drainage.

La tumeur enlevée est constituée par une masse de 18 millim. de long sur 13 millim. de large. On ne voit aucun vestige précis permettant de songer à une infection ossense.

Sa densité est de 1,384.

Depuis lors, le conduit auditif a été débarrassé d'une énorme quantité de cérumen, et le tympan est apparu à travers une large perforation. L'audition a été augmentée d'une très faible proportion.

Les cas de tumeurs osseuses de l'oreille sont assez rares. Les auteurs spéciaux en font mention, notamment T. J. qui en cite quelques observations très nettes, non nécessitant d'intervention. D'après eux les accidents et complications inflammatoires dont elles peuvent être la cause conduisent à la base des indications thérapeutiques. Ces mêmes indications sont extrêmement incomplètes en ce qui concerne le traitement. Des badigeons à la teinture d'iode, ou la dilution du conduit constituent les armes les plus actives de la thérapeutique. Aussi peut-on vainement chercher dans Toynbee, Politzer, etc., la relation d'une opération comparable à celle qui a été pratiquée chez ce malade.

Nous avons pensé que les procédés ordinaires devaient être appliqués; quant à l'incision adoptée, elle avait pour but de faciliter les manœuvres par son étendue et permettait d'aborder la tumeur par le point qui pouvait offrir la moindre difficulté, c'est-à-dire du côté de la base d'implantation, en supposant qu'il en existât une.

En réalité on n'a pas trouvé d'adhérence au tissu osseux. La tumeur était, pour ainsi dire, à cheval sur la paroi osseuse du conduit auditif et sur sa portion cartilagineuse. On se trouve réduit à se demander si la tumeur avait pour point de départ le système osseux (portion osseuse du conduit auditif, apophyse mastoïde), ou bien s'il s'agissait d'une production osseuse analogue à celles que l'on trouve

muqueuse des sinus et qui ont été décrites par les auteurs du *Compendium*, par Dolbeau, Richet, etc.

Il est à remarquer que l'oreille a subi un accroissement plus marqué que sa congénère, et que notamment elle offre près d'un centimètre de plus dans le sens de la longueur.

DEUX CAS DE LAPAROTOMIE.

M. CURTILLET, interne des hôpitaux, présente deux malades du service de M. le professeur L. Tripier.

Chez l'une d'elle la laparotomie pratiquée le 30 mai dernier a eu pour but l'ablation d'un fibrome utérin volumineux, présenté à la Société des sciences médicales, le 3 juin (Voir le numéro du 5 juillet, *Lyon Médical*).

M. Curtillet rappelle que, dans le traitement du pédicule, M. Tripier avait apporté au procédé d'Hegar (méthode de traitement extra-péritonéal) une légère modification : après avoir suturé le péritoine pariétal autour du pédicule, M. Tripier a commencé la suture des autres plans aponévrotiques et cutanés, non pas à deux centimètres au-dessus de ce pédicule, mais immédiatement au-dessus de lui de manière à former, au lieu d'une gouttière perpendiculaire assez large, un véritable collier assez étroitement serré.

En d'autres termes, M. Tripier a eu recours à un procédé intermédiaire entre le procédé extra-péritonéal d'Hegar et la méthode juxta-pariétale de Wölfler et Hacker.

Le résultat a été très satisfaisant : le 13^e jour une des broches est tombée, et les fils métalliques formant la suture de la plaie abdominale ont été enlevés.

Quelques jours après la seconde broche est également tombée spontanément avec des détritits provenant de la surface du pédicule, profondément cautérisée au thermo-cautère. A ce moment déjà, le pédicule s'était notablement rétracté, et ne laissait plus qu'une petite plaie circulaire par laquelle sortaient les deux chefs de la ligature élastique. Enfin, au 30^e jour, cette ligature qui avait suivi le pédicule

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

dans sa rétraction, s'est éliminée; il ne restait petite plaie de la largeur d'une pièce de 50 c. s'est rapidement cicatrisée.

La seconde malade chez laquelle M. Tripier une ovariectomie a présenté 17 jours après son op. phénomènes curieux sur lesquels il est intéressant l'attention.

Les suites immédiates de l'intervention avaient lentes. La cicatrisation de la plaie s'était faite rapidement les fils avaient été enlevés au 11^e jour; la température normale, atteignant cependant 38°,2 à 38°,4 le général était très bon.

Le 5 juillet, c'est-à-dire 16 jours après l'opération la malade ressentit quelques coliques et les attribua à la apparition de ses règles qu'elle attendait depuis.

Le lendemain, les douleurs augmentèrent et la température atteignit 39°. En examinant la malade on découvrit une tumeur ayant absolument la forme d'un ballon distendu, et ne s'en distinguant d'ailleurs que par l'exploration bi-manuelle. Elle remontait à quatre travers de doigt au-dessus des pubis et était un peu dure à droite. Elle était mobile, un peu douloureuse à la pression.

D'autre part, M. Tripier se rappelait nettement qu'au cours de l'opération un utérus de volume normal songea alors à la possibilité d'une distension due à la rétention des produits menstruels, et le 9 juillet, quatre jours après le début des accidents, on pratiqua l'abaissement au moyen d'une tige de laminaire. Il ne sortit du col utérin qu'une très petite quantité de liquide mais, le jour même, la température qui s'était élevée jusque-là au-dessus de 39°, tomba à 38°,4; le général était normal. En même temps, les douleurs disparurent et la tumeur diminuait rapidement.

Actuellement elle a complètement disparu, et montre bien qu'elle était constituée par l'utérus distendu c'est qu'on a pu la suivre dans sa rétrocession,

chaque jour, pour ainsi dire, au retour du volume et à sa forme ordinaire.

Cette seconde malade est encore intéressante par la rapidité et la perfection de sa plaie obtenue par le moyen de trois plans de suture superposés : suture en surjet avec la soie aseptique, la couche musculo-aponévrotique, un plan au fil métallique pour les téguments.

ARRACHEMENT DE L'AURICULAIRE DE
AVEC SES TENDONS EXTENSEURS ET
MORSURE DE CHEVAL;

Par M. E. TUJA.

La pièce en question provient du doigt de 38 ans, entré dans le service de M. le professeur le 11 juillet 1891. Il s'agit de l'arrachement du doigt de la main droite avec ses tendons extenseurs, produit brusquement par morsure.

La victime est un homme robuste, jouissant d'une bonne santé habituelle; il exerce la profession de charpentier. Dans son récit, qui est très clair, l'accident est raconté en voulant relever un cheval qui venait de se coucher; en effet de le remettre sur ses jambes. Avant l'expression même du malade, l'animal se dressa sur lui à la façon d'une bête féroce et lui mordit le doigt de la main droite qui fut arraché.

La pièce présentée correspond bien à l'arrachement du doigt. On a pu constater en effet la présence de la phalange unguéale, sur les faces dorsale et palmaire, une lacération profonde des tissus qui correspond à la morsure. Le doigt a été arraché à distance de l'articulation métacarpo-phalangienne. Il n'y avait pas d'articulation, mais fracture de l'extrémité

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

correspondant, fracture esquilleuse paraissant due à un vement de torsion. La peau est tranchée d'une façon nette suivant une surface circulaire partant du premier espace interdigital pour s'incliner en haut et en dedans : bord interne de la main. Les tendons extenseurs et fléchisseur ont été arrachés sur toute leur longueur jusqu'à jonction avec le corps charnu. Les deux tendons extenseur propre et commun ont une longueur de 15 cent., le fléchisseur a 18 cent.

Le malade avait reçu à son entrée un premier pansement soigneusement antiseptique. Dix jours après il fut pansement nouveau et nous pûmes constater que ce traumatisme considérable avait évolué avec une benignité remarquable. Il y eut, de plus, plaie bourgeonnante et de bonne nature; les plaies constatées à l'entrée au niveau du trajet des tendons arrachés ont à peu près disparu. État général excellent.

Les quelques faits intéressants de cette observation paraissent être :

a) D'abord le traumatisme qui en fait l'objet : on a signalé des arrachements du pouce et de la main, ceux de l'auriculaire sont tout au moins bien rares.

b) L'arrachement *simultané* des tendons extenseur et fléchisseur, accompli du reste suivant les données classiques à la jonction du corps charnu et du corps tendineux.

c) Enfin, la benignité que peut présenter un traumatisme de ce genre. Dans ce cas particulier un seul pansement antiseptique nous a donné une plaie qui évolue avec toute simplicité d'une plaie aseptique. Aucun phénomène inflammatoire du côté des gaines tendineuses.

HELMINTHES DANS LA RÉGION LYONNAISE.

M. DRYON fait une communication sur les helminthes de la région lyonnaise.

(Voir la première partie (*Mémoires*), page 82.)

M. DRIVON. A la dernière séance de la Société, M. Icard a demandé s'il fallait attribuer à des intoxications plombiques ou mercurielles du porteur les colorations spéciales offertes par certains ténias.

M. Drivon répond négativement et présente deux ténias expulsés à la fois par le même malade, dont l'un est blanc et l'autre grisâtre, ces différences étant indépendantes de toute coloration métallique.

SUR LES EMPREINTES CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL ;

Par M. René FORGEOT.

La communication que j'ai l'honneur de faire à la Société des Sciences médicales a trait aux empreintes considérées au point de vue médico-légal. Jusqu'à présent l'on ne s'est occupé que des traces de mains ou de pas ensanglantés, du moyen de les étudier ou de les conserver. Le point de vue auquel je me place est tout différent, et je puis le dire complètement neuf.

Supposons qu'un criminel touche un ou plusieurs papiers, qu'il appuie une main sur un papier de tapisserie, qu'il marche les pieds nus dans une pièce : il y aura là des traces « latentes » laissées par les sudorates de la sueur et qu'on doit théoriquement pouvoir faire apparaître par des réactifs chimiques. C'est ce que j'ai essayé de réaliser pratiquement ; dans ce but j'ai eu recours à plusieurs réactifs dont j'ai expérimenté l'action sur des papiers touchés au préalable par des mains en sueur. Les résultats ont été souvent négatifs ; mais j'ai innové un agent révélant les empreintes latentes d'une manière parfaite.

Si l'on touche simplement un papier avec une main en moiteur, le papier ne montre aucune trace de la main ; mais, après un temps plus ou moins long, passez sur le papier en question une teinte plate d'encre ordinaire ; de suite l'on voit se dessiner non seulement l'ensemble de la main, mais tous les fins détails des lignes papillaires.

L'on voit d'après les travaux très minutieux de M. Franci

COMPTES-RENDUS D

l'empreinte même d
mille détails des ligne
t personnels. D'où l'ir
e des prévenus et au p

s dire que l'état de mc
du papier, le temps éco
sont des facteurs de pr
tail dans un mémoire
ologie criminelle, n° du
cette étude en vous pré
ue j'ai l'honneur de
de mains ou de face

ment, utilisant les rei
légale que M. le prof
tre à ma disposition, je
raitre les empreintes d
s sur le verre.

mots, les réactifs qui r
rs résultats sont : le
ains sur le papier, le
cherches d'empreintes d
ars d'acide osmique ou
de doigts sur le verre.

le répète, je ne veux
s montrer les résultats
de vous soumettre.

rappelle qu'il interprétait
mettant que le nitrate d's

i est de l'agent réduit ou ré
vec l'encre, M. Aubert pens

des petits fragments de ling
és d'une petite quantité d'hi
s résultats positifs très nets
les expériences de M. Forg

entre les résultats donnés par la recherche des empreintes plantaires, les premières sont bien plus nettes. M. Aubert attribue ce fait à ce que les mains sont souvent mises en contact avec la peau de la face, peau qui est très grasse et peut charger les doigts.

M. FONGEOT dit que la main bien lavée donne des empreintes très faibles; si l'exercice y provoque de la sueur, elle en fournit de très belles.

PRÉSENTATION D'UN COBAYE ATTEINT D'ANOPHTALMOS ET
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR CETTE ANOMALIE;

Par M. L. GUINARD, chef des travaux de physiologie à l'École vétérinaire de Lyon.

Le cobaye que j'ai l'honneur de présenter à la Société des sciences médicales n'offrirait par lui-même qu'un intérêt relatif si je n'avais pas eu l'occasion, il y a quelque temps, de faire l'autopsie d'un animal présentant la même anomalie.

Il est atteint d'anophtalmos et manque absolument de globe oculaire. Je ne l'ai pas examiné aussi complètement que j'aurais pu le faire, ayant tout intérêt à le ménager; mais, comme les apparences extérieures rappellent en tous points ce que j'ai constaté chez celui que j'ai autopsié, je me crois autorisé à penser qu'il est conformé comme lui.

Dans la description qui va suivre il s'agira surtout de ce que j'ai constaté chez ce dernier; mais, avant cela, je ferai remarquer que, sur celui que je présente, on voit très distinctement, en écartant les paupières, une cavité orbitaire vide de globe oculaire et ne contenant qu'une sorte de dépôt jaunâtre représentant des produits de sécrétion concrétés.

L'ouverture des paupières est d'ailleurs très étroite et mesure 2 millimètres au plus.

Je reviens au cobaye que j'ai autopsié il y a quelques mois, et qui présentait la même anomalie. Ce cobaye était un mâle; il a été conservé pendant plus de deux ans dans le laboratoire de M. le professeur Arloing et a donné avec des femelles bien conformées un grand nombre de produits.

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES

3 produits, 5 ont présenté, comme lui, de l'

s avons cherché à les élever pour les faire voir et tâcher de savoir s'il nous serait possible de varier de cobayes aveugles ; mais, sous ces soins, la malchance s'en est mêlée, et nous n'en sommes parvenus à en conserver un seul. C'est pendant l'hiver dernier que mon cobaye aveugle a succédé avec le plus grand soin tous les jours et j'ai constaté qu'il n'existait pas trace de l'existence de nerf optique. On trouvait cependant les parties qui constituent l'orbite : paupières, etc. ; mais les organes essentiels de la vision étaient en état de développement défiant. J'ai ouvert le crâne et j'ai constaté que la communication intra-crânienne des nerfs optiques n'existait pas. En fait, on n'en trouvait pas le moindre vestige, on n'en trouvait pas le moindre vestige plus intéressante, dont je me suis assuré en comparant avec les centres nerveux de plusieurs cobayes de même taille, les tubercules qui sont situés sur les nerfs étaient considérablement atrophiés. Il a semblé que l'atrophie portait aussi sur les centres nerveux des hémisphères cérébraux, mais c'était un fait net.

Les cinq petits cobayes aveugles présenteraient les particularités anatomiques que leur père. Nous ne pouvons donner que ces simples indications, car dans le travail préparé à l'occasion de ce cas d'anophtalmie, nous avons plus de détails sur les considérations anatomiques et physiologiques que comporte cette communication.

En attendant que nous ayons actuellement les moyens de compléter notre travail, nous préférons remettre sa publication détaillée à une autre époque.

En somme, le cobaye dont il vient d'être question présente un cas d'anopsie double parfaite, avec absence de la vision.

Il est caractérisé par l'absence de la vision, de nerf optique et atrophie des centres nerveux qui sont en relation avec la vision ; de plus, particularité importante.

étant donnée l'importance de l'organe, cette anomalie transmise héréditairement à cinq des produits de

Les cas d'anophtalmos connus ne sont pas très nombreux et ils doivent même s'observer assez rarement, comme Geoffroy Saint-Hilaire n'en parle pas et semble ne pas connaître. Cependant nous en avons trouvé quelques-uns observés chez le cheval par Miram, chez l'homme par Arnold, et plus récemment par Laforgue.

Le travail le plus complet que nous connaissions de Mackensie qui, dans son Traité des maladies des yeux, a donné un résumé de tératologie oculaire, où il indique les principales formes qu'affecte l'anopsie. Les traducteurs Comont et Testelin ont même classé ces anomalies.

Quoi qu'il en soit, nous ne connaissons pas de cas d'anophtalmos qui soit identique à celui que nous avons l'honneur de soumettre à la Société des sciences médicales. Nous ne pensons pas, qu'avant nous, on ait signalé la transmission héréditaire de cette anomalie grave. D'ailleurs, tous les cas connus, chez les animaux comme chez l'homme, sont accompagnés de complications et de malformations congénitales, telles que l'absence du front, du nez, fissure de la lèvre supérieure, bec-de-lièvre, anomalies numériques ou de position des extrémités, particulièrement des membres thoraciques. Le plus souvent même le sujet n'est pas viable.

Je me propose de conserver avec le plus grand soin ce deuxième sujet qu'un heureux hasard vient de nous faire trouver. Je vais l'isoler avec de nombreuses femelles de la même espèce. Elle se comporte aussi bien que son prédécesseur, j'espère que les observations et des résultats que j'en tirerai, seront intéressants au point de vue de la tératologie, de l'anatomie et de la physiologie.

TUMEUR CÉRÉBRALE.

M. PARET présente une tumeur de la face inférieure du lobe occipital droit, provenant de l'autopsie d'un

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

dans le service de M. le professeur Pien.

malade, âgée de 46 ans, aveugle par atrophie dans le service en septembre 1889. Les éléments que l'on ait pu avoir sur ses antécédents par M. le docteur Grandclément qui, avant son admission à l'Asile ; au mois de Grandclément avait constaté une diminution de la vision et des signes évidents de neuropathie. Quelques mois plus tard, l'étrangement des sens, des maux de tête extrêmement violents, symptômes qui lui avaient fait diagnostiquer une lésion cérébrale. A ce moment, la marche était devenue impossible. Les principaux symptômes qu'elle a présentés pendant son séjour à l'Asile.

La station debout et la marche sont impossibles à cause de la diminution de la force musculaire des membres inférieurs.

Explorée au lit, la force paraît suffisante. La malade descend de son lit, ce qu'elle fait avec peine. Pour se tenir debout, elle chancelle et elle a besoin d'être soutenue. La force musculaire est diminuée dans les membres supérieurs.

Elle n'a jamais observé de troubles bien nets de la sensibilité générale. La position des membres inférieurs est normale, la direction du mouvement est normale,

les mouvements se passent d'une manière normale. La conservation des réflexes ; il n'y a jamais eu de troubles dans les membres inférieurs.

Les troubles des sens étaient les suivants : la vue, cécité à peu près complète, la malade voit la forme d'ombres, sans les distinguer. L'examen du fond de l'oeil au microscope, pratiqué par M. le docteur Royet, chez elle a montré les papilles blanches, à bords effacés, grêles et très flexueux.

L'audition est très diminuée : à gauche la malade entend une montre à six centimètres ; à droite elle entend à peine le contact. Elle a des hallucinations de l'ouïe.

des interlocuteurs imaginaires et semble être une sorte de roulement. Parfois aussi, elle est très profonde dans les deux oreilles. L'examen ne révèle pas de lésion pouvant expliquer ces troubles.

Pas de troubles de l'odorat.

La sensation de goût est très diminuée.

Les symptômes intellectuels sont : affaiblissement, perte de la mémoire, hallucinations diverses.

La malade est morte dans le coma.

A l'autopsie, on trouve au niveau de la face externe du lobe occipital droit, une tumeur fibreuse de 158 gr., bosselée, paraissant développée dans la substance cérébrale du lobe occipital; elle est trouvée placée entre le cerveau et le cervelet et est comprimée de dehors en dedans et détermine quelques adhérences entre la tumeur et le cerveau.

Dans les parties du cerveau en rapport avec la tumeur, l'examen microscopique, pratiqué par M. Pichon, a trouvé un état de sclérose déjà ancien.

La dure-mère cérébrale est saine; il n'y a pas de des artères de la base.

Les globes oculaires sont petits, les nerfs optiques atrophiés; un globe ouvert laisse voir la papille rétinienne anémiée et sans vaisseaux.

Pas de tumeur de la base, rien d'appareillé, pas de méningite rachidienne, ni d'atrophie. Rien à l'œil nu, sauf quelques plaques arachnoïdiennes.

Les poumons sont sains.

Le péricarde adhère à la partie antérieure du cœur qui est gros et de consistance normale. Les artères coronaires sont saines, sauf un peu d'athérome à l'origine.

Le foie est volumineux, gras, se décolle facilement.

Les reins sont gros, congestionnés; pigmentaire à la coupe.

M. GRANDCLÉMENT, qui a eu l'occasion de voir la malade, a noté les accidents qu'elle a présentés du côté de la vue, crut d'abord à une

à une neuro-rétinite d'origine méningitique. Mais bientôt apparurent les signes de la papillite par étranglement (Staunungs papille de Græfe) qui caractérise l'existence des tumeurs cérébrales. Relativement à la pathogénie de cette lésion, M. Grandclément n'accepte ni l'hypothèse de Græfe (gêne de la circulation veineuse), ni celle de Schivalbe (troubles de la circulation lymphatique); mais il se range à l'opinion des auteurs qui lui attribuent une origine infectieuse et la rattachent à une altération microbienne du liquide céphalo rachidien.

M. PIERRET n'a pas fait l'examen bactériologique. Il y a lieu de remarquer qu'on trouve des traces de processus inflammatoire autour du néoplasme. On sait d'ailleurs que la névrite optique peut accompagner les lésions de la région occipitale, mais il en ignore la cause précise.

M. Pierret insiste sur les données que fournissent de telles observations relativement à la psychologie expérimentale et pathologique. Dans le cas en question il y avait des adhérences au niveau des circonvolutions occipitales. Cette malade, dont la surdité était incomplète, avait des hallucinations de l'ouïe; or, on place dans une région voisine des lésions les centres auditifs corticaux. Il existe d'ailleurs des observations semblables dont une appartient à Gowers.

M. Pierret fait remarquer que l'hallucination constitue un acte délirant bien caractérisé; il pense qu'on arrivera à faire le diagnostic anatomique de lésions corticales présidant à la production d'hallucinations de toutes sortes. Il est clair qu'on doit différencier des cas semblables de ceux où les hallucinations sont secondaires à des actions exercées sur les centres nerveux par les lésions ou les troubles des nerfs périphériques.

SUR LES FERMENTS DIASTASIQUE ET GLYCOLYTIQUE DU SANG.

MM. LÉPINE et BARRAL font une communication sur l'influence : 1° de la saignée; 2° de l'infusion d'eau salée dans les veines; 3° de la ligature du canal de Wirsung sur les pouvoir diastasique et glycolytique du sang, ainsi que sur sa teneur en glycogène.

1° *Pouvoir diastasique.* A l'état normal, chez le chien il est plus énergique dans le sang artériel que dans le sang veineux (sauf le sang de la veine porte où il est au maximum). Il est diminué par une saignée antérieure, par une infusion antérieure d'eau salée dans les veines et surtout par l'ablation du pancréas. Il est au contraire augmenté après la ligature du canal de Wirsung.

2° *Pouvoir glycolytique.* Nous avons depuis établi qu'il est très diminué après l'ablation du j est augmenté par la ligature du canal de Wirs diminué par d'abondantes saignées antérieures infusion d'eau salée.

3° *Glycogène du sang.* Nous avons déjà dit d'un chien à l'inanition depuis plus de 24 heures pas, en général, de glycogène. On en trouve, à peu près constamment chez un chien, inanition, si on lui a fait quelques heures auparavant saignée. Le glycogène est également augmenté par infusion antérieure d'eau salée.

MONSTRE HUMAIN DOUBLE.

M. le Dr ADENOT met sous les yeux de la Société un bryon humain âgé de deux mois environ, et qui est un monstre double, *autositaire*, famille des *monstres* genre *sternopage*.

Des photographies représentent le monstre sous ses deux faces.

L'ombilic est commun et les cordons ombilicaux fusionnés en un seul.

Il est probable que l'intestin et les viscères sont plus ou moins fusionnés. Une dissection que M. Adenot fera en collaboration avec M. Vialleto agrégé, qui lui a promis son aide, permettra de connaître des points très importants concernant la constitution de ces êtres.

Dès maintenant, on peut constater en outre de deux colonnes vertébrales, de deux têtes et de deux visages distinctes. Les huit membres sont absolument séparés.

Le thorax est fusionné. En avant, le sternum unique et de chaque côté de l'appendice xiphoïde latéralement deux replis cutanés correspondant à des embryons opposés.

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

rtie postérieure du thorax est masquée par les s supérieurs correspondants, et un examen ultérieur a de se rendre compte de la disposition des os du cou.

omen paraît presque complètement soudé.

issins cependant semblent distincts.

ganes génitaux externes sont distincts ou par premier abord.

ios présente une disposition singulière bien mise en évidence par les photographies. Il semble unique. Les membres d'un des embryons paraissent s'être développés par cette membrane qui s'est rétractée sous l'action de l'alcool dans lequel la pièce a été conservée. Les embryons doubles sternopages n'ont jamais vu le jour. La mort est probablement due aux anomalies graves qui affectent les cœurs et les gros vaisseaux.

monstre nous a été envoyé par M. le docteur C. et remis par son fils, étudiant en médecine à

SCLÉROSE DU PANCRÉAS.

M. LILLARD présente des coupes histologiques d'un diabétique et donne les résultats suivants de l'examen et de l'observation a été déjà cité par M. le professeur dans ses Leçons sur le ferment glycolytique dans le diabète publiées cette année dans la *Presse Médicale*. Il s'agit du n° 1, diabétique de 31 ans, excrétaux et demi d'urine renfermant par litre 66 grammes et dont le pouvoir glycolytique était considérablement diminué. L'autopsie de ce malade ne présente rien de remarquable digne d'être notée, sinon que le pancréas était un peu ramolli, et avait un poids légèrement au-dessous de la moyenne, c'est-à-dire de 60 grammes.

Il a fait une série de coupes de ce pancréas sur lesquelles il a pris les uns au niveau de la tête, les autres

niveau de la queue de l'organe, et fixés soit soit par le liquide de Müller. Ces diverses coup sensiblement les mêmes résultats.

Du côté de la tête on constate très nettement d'une sclérose péri-acineuse, et même en cet intra-acineuse. Cette sclérose du reste n'est pas marquée, et on trouve facilement sur les portions assez étendues de parenchyme pancréatique paraissent saines.

Du côté de la queue la lésion est moindre et on trouve qu'en quelques points rares des traces de lésion. Si l'on n'examinait qu'une des préparations faites de la queue de l'organe, on pourrait se croire en présence d'un pancréas normal.

Les cellules pancréatiques montrent les aspects variables suivant les points que l'on examine. Dans certains endroits elles apparaissent avec des contours nets, arrondis et parfaitement colorés; ailleurs le noyau est peu visible; dans d'autres points les cellules ne forment que des masses peu distinctes. S'agit-il là d'altérations par auto-digestion ou de véritables lésions? Les cellules cellulaires que nous venons de signaler paraissent prédominantes précisément là où la sclérose est la plus marquée, mais il n'y a rien d'absolu. Ces mêmes cellules existent dans d'autres points où la sclérose est à peine marquée, donc impossible d'affirmer l'existence de lésions glandulaires. On pourrait supposer en effet que toutes les cellules ne fonctionnent pas simultanément, et qu'elles sont à l'état de repos, alors que les autres sont en activité sécrétoire, et que par suite au moment où les premières subiront une auto-digestion, les autres resteront relativement intactes.

Quoi qu'il en soit, si l'on fait abstraction de ces cellules cellulaires sur la nature desquelles on ne saurait noncer, on peut conclure que dans le cas actuel la lésion est grave, les lésions du pancréas sont en somme très étendues et qu'une portion notable de la glande paraît

Je rappelle à ce propos que j'ai déjà présenté en 1891 à la Société un pancréas de diabétique malade, qui a paru, à l'œil nu et à l'examen microscopique, normal.

Le Prof. LÉPINE, à propos de la pièce présentée par Mollard, revient sur les expériences qu'il a faites avec M. Barral, et relatives au pouvoir glycolytique du pancréas. (Voir p. 249.)

RÉSECTION DE L'ESTOMAC.

Maurice POLLOSSON relate une observation intéressante de résection de l'estomac, terminée par la mort.

MAYER croit qu'avant d'opérer il faut se rendre compte de la nature de la tumeur du pylore. Il faut en outre soumettre le malade à une alimentation rectale qui peut lui procurer une survie très longue. Si l'alimentation n'est pas possible, alors seulement l'opération est indiquée. Il faut donc tenir compte, pour juger de la résistance à un cancer de l'estomac : 1° de la facilité avec laquelle l'alimentation rectale sera supportée, et 2° du fonctionnement possible et du rétablissement du cours du chyme stomacal, lorsque la résection superficielle de la tumeur aura agrandi l'orifice.

BARD avait dans son service, avant l'opération, le malade Pollosson. Il n'a pas tenté l'alimentation rectale, car il ne s'agissait pas dans l'espèce d'une opération d'urgence, le malade se nourrissant suffisamment.

POLLOSSON ajoute que l'alimentation par le rectum est difficile, et qu'on est autorisé à se demander si ce mode d'alimentation est capable de soutenir un malade en train de se cachectiser et de dépérir.

MAYER accorde que les lavements nutritifs ordinairement composés de bouillons et œufs, sont très insignifiants. Il n'en est pas de même de ceux qu'il a préconisés depuis longtemps (peptone pancréatique) et qui lui ont donné de bons résultats.

LANNOIS a vu dernièrement deux cancers stomacaux opérés. Le premier par M. Poncet, le second par M. Jaboulay. Dans les deux cas la mort est survenue dans les 48 heures par péritonite due à l'écoulement du

taine quantité des liquides de l'estomac dans le p
apportés à la suture. M. Jaboulay a employé l
qu'il croit préférable à celles de Lambert et de
toire doit aussi entrer pour une grande part d

La résection de l'estomac est et restera long
les plus graves de la chirurgie moderne.

PATHOGÉNIE DU DIAB

Par R. LÉPINE.

Le diabète résulte d'un excès de proc
de sucre relativement à sa destruction.
libre entre le sucre produit (ou apporté
détruit peut se faire de diverses mani
sieurs espèces de diabète. Je me borne
indiquer quelques-unes :

1° Il est très facile à l'aide de divers
expérimentalement une hyperglycémie
en augmentant dans le sang l'énerg
même temps qu'on y diminue l'énergie
par exemple d'asphyxier légèrement u
ce résultat (1). Il est fort probable que ch
est souvent dû à cette double cause pa
pas par le mécanisme de l'asphyxie qu
est obtenu, mais par beaucoup d'autre
reviendrons ultérieurement, M. Barral
Voilà une première espèce de diabète
xième :

2° Assez souvent on trouve à l'autop
pancréas macroscopiquement intact. M
croscopique, on observe un peu de sclé
ou même du tissu conjonctif pénétrant
l'acinus et dissociant quelques cellules
décrit MM. Lannois et Lemoine (3). I

(1) Lépine et Barral : *Comptes-Rendus*, 23 j

(2) Lépine : Soc. des sciences méd., juin 1891

(3) *Arch. de méd. expér.*, 1891, n° 2.

à cette minime lésion agit en apparence la résorption du ferment glycolytique est résorbé seulement par les veines à la périphérie de l'acinus, et fait refluer le suc pancréatique. Il est vraisemblable que l'écoulement de ce dernier dans le sang est l'état normal. S'il en est ainsi, les sujets reconnaît pour cause de leur diabète le pouvoir glycolytique, le pouvoir normal.

Il en est plus de même lorsqu'il existe une lésion ou bien quand on a expérimenté la destruction de cet organe. Comment expliquer la production du diabète ? Il semble que la destruction des deux ferments saccharifiant et glycolytique, il ne devrait pas y avoir prédominance de la destruction du glucose. À cela on peut répondre : 1° que le pancréas ne sécrète pas du ferment saccharifiant. Il ne sécrète que des ferments salivaires, et il y a même des raisons pour lesquelles il peut se former dans divers organes. Le ferment glycolytique serait sécrété par le foie. On comprend ainsi que la suppression du pancréas déquilibre des deux ferments au profit du ferment glycolytique ; 2° on peut aussi supposer (et c'est ce que l'on croit) que l'activité propre des cellules du foie et des cellules hépatiques peut sécréter un ferment saccharifiant, ferment banal, comme celui des cellules des tissus en général ne sécrète qu'un ferment glycolytique qui est un produit normal. Il importe d'ailleurs de remarquer

surtout v. Wittich · *Pfluger's Archiv*, (Lyon Médical, 1871, tome VII, p. 100) que ce ferment est commun à tous les organismes de l'air qui, comme on le sait, convertissent l'amidon en sucre et dont le rôle à ce sujet est connu il y a vingt ans.

consécutif à l'ablation du pancréas n'est pas *permanent* : ainsi qu'il résulte des importantes expériences de M. Hédon, il cesse le plus souvent au bout d'un certain temps pour se transformer en une simple azoturie (1). Ainsi l'économie, par une action vicariante dont le mécanisme reste à élucider, arrive à suppléer au défaut du ferment glycolytique qui est normalement formé dans le pancréas.

4° M. Defresne a observé l'hyperglycémie (et même le diabète) chez des lapins à qui il avait ingéré 0 gr. 20 de pancréatine par kilogr. (2). On comprend qu'une abondante résorption de la diastase saccharifiante contenue dans la pancréatine ait amené chez les animaux un excès de production de sucre aux dépens du glycogène, et par suite une hyperglycémie. Supposons chez l'homme un flux excessif et habituel de suc pancréatique dans l'intestin, et nous aurons un état pathologique analogue à celui qui a été réalisé par M. Defresne. Voilà une nouvelle espèce de diabète, sinon démontrée chez l'homme, au moins possible. Dans cette espèce, on pourrait croire au premier abord qu'il y a simplement excès de production de sucre. Mais quelques expériences

(1) Hédon (*Archives de médecine expérimentale*, 1891). — Un professeur italien, M. de Dominicis (de Naples), dont les expériences sur l'extirpation du pancréas sont contemporaines et peut-être même antérieures à celles de M. v. Mering et Minkowski, dit avoir vu le diabète manquer chez 13 chiens sur 34 opérés, malgré l'ablation complète du pancréas. Je ne sais comment expliquer ce résultat. Je possède actuellement (14 octobre) l'observation de 59 chiens rendus diabétiques par l'ablation du pancréas. J'ai eu quelques échecs (environ 5 %); mais j'ai cru toujours devoir les rapporter à une ablation incomplète ou à une complication accidentelle.

Dans le dernier numéro du *Lyon Médical* on a pu lire (p. 233) que d'après M. Lancereaux « la destruction totale, sur place, du pancréas n'amène pas le diabète, tandis que la section, l'ablation de la glande normale ou fonctionnellement supprimée le produit toujours. » Cette phrase, qui est textuellement empruntée au *Bulletin de l'Acad. de méd.* (séance du 29 sep., p. 368), nous paraît ainsi qu'à M. Laborde, et paraîtra sans doute à toute personne au courant de la question, absolument intelligible.

(2) *Gaz. des hôpitaux*, 1890.

que j'ai faites avec M. Barral me portent à admettre qu'en présence d'un excès de ferment saccharifiant, et par un mécanisme qui nous échappe pour le moment, il y a diminution de la glycolyse. Tant il est vrai que les causes les plus simples en apparence donnent parfois naissance à des effets très complexes !

Je viens de présenter le schéma de plusieurs *espèces* de diabète. Ce schéma n'est pas théorique ; il est fondé sur des faits.

LÉSION DU PANCRÉAS ET DIABÈTE.

M. LANNOIS, à propos du procès-verbal et de la communication de la séance précédente, présente un pancréas de diabétique, qui prouve que les lésions de cet organe sont parfois au plus haut point macroscopiques.

Le malade était fortement diabétique, et a succombé à une tuberculose ulcéreuse du poumon gauche.

Le pancréas est très réduit de volume et transformé en une sorte de cordon fibreux presque méconnaissable.

L'examen microscopique sera d'ailleurs fait plus tard.

M. ARLOING pense qu'on devrait examiner plus souvent les selles des diabétiques pour reconnaître l'origine pancréatique de leur affection. La présence des matières grasses en grande quantité serait facile à vérifier.

DEUX CAS D'ABLATION DE L'OMOPLATE ;

Par M. JABOULAY, agrégé, chef des travaux anatomiques.

I. — *Ablation sous-périostée d'une omoplate dans la totalité pour une panostéomyélite aiguë ; régénération osseuse complète et restauration des fonctions.*

Un jeune homme de 16 ans, P. D..., entre le 24 mars 1891 dans le service de M. Maurice Pollosson pour un phlegmon de l'épaule droite. La maladie remonte à seize jours environ, et a débuté brusquement par de la fièvre et de vives dou-

leurs; ce jeune homme s'est cachectisé pâle, syncopal; la gravité de son état requiert l'intervention immédiate. Il est facile de diagnostiquer une myélite de l'omoplate sous-jacente à la coiffe l'os dans son entier en reproduisant ses limites. Après l'avoir bien constatée à l'inspection parallèle à l'épine du scapulum qui était tendue vers les téguments, je pensai que les régions juxta-épiphysaires de cet os supprimaient toutes les autres la région juxta-glénodienne, et la destruction de l'articulation scapulo-humérale. L'intervention rationnelle était donc l'ablation de l'omoplate, cette extirpation devant avoir, outre l'enlèvement des parties malades, celui d'assurer la stabilité de l'articulation de l'épaule, certainement enlevée.

A l'aide du procédé du professeur Olivier dans tous ses détails, c'est-à-dire d'une incision parallèle, l'une à l'épine, l'autre au bord supérieur, je décollai le périoste de l'épine, de l'acromion et des fosses sus et sous-épineuses. La fosse sus-épineuse fut soignée prudemment du côté de l'échancrure dans le but de libérer autant que possible le plexus brachial. Puis je décollai l'épiphyse du scapulum à l'angle inférieur qui fut laissée en place, et l'omoplate en dehors et en arrière pour pouvoir être enlevée sous-scapulaire. L'omoplate bien contournée et placée de champ fut arrachée par une section de ses attaches humérale et claviculaire. Une incision faite sur l'apophyse coracoïde avait déjà détaché les insertions musculaires, les ligaments avaient été complètement disséqués par l'incision. Là où l'omoplate fut enlevée et que l'articulation humérale devint béante, un flot de pus louable et douloureux fut porté sur la tête humérale ne dépassant pas une profondeur appréciable; deux gros drains sont placés, l'un dans l'articulation, l'autre du côté de l'apophyse coracoïde et tendue en arrière au point déclive. Le res

donne une certaine quantité de sang est bourrée iodoformée.

Le malade présentait des lésions d'ostéite disséminées dans toutes les régions porteurs de zones d'accroissement interne, épine et acromion, bord glénoïdien, apophyse coracoïde. Quelques parcelles de périoste avec les productions périostiques restaient adhérentes au centre des fosses scapulaire et sous-épineuse.

Le rétablissement du malade fut assez lent, l'immobilité avait été profonde, et pendant trois semaines la température oscilla autour de 40°. Une infiltration s'étant produite autour du coude, M. Pollosson pensant qu'il pouvait y avoir quelque ostéite sous-jacente, fit une incision en dedans et en dehors, mais ne trouva rien que de l'œdème. La guérison arriva cependant, et le malade, complètement guéri au bout de 52 jours, fut examiné, et donna à cette époque aux constatations suivantes du côté des muscles, des articulations et de l'exécution fonctionnelle.

A) L'omoplate qui avait été enlevée dans sa totalité, son épiphyse marginale interne, laissée intentionnellement en place, était régénérée *dans sa totalité* toutes ses parties : épine et acromion, apophyse coracoïde, fosses sus et sous-épineuses. Dans ce massif on peut pendant rencontrer trois portions constituantes : la première limitée par l'acromion et la partie supérieure de l'épine, mobilisable de haut en bas, une autre répondant à la partie supéro-interne, mobilisable aussi, pouvant être attirée en arrière ; la troisième enfin formant le reste, c'est-à-dire la plus grande partie. Ces trois portions se touchent, mais l'attention est nécessaire pour reconnaître l'absence de fusion osseuse.

L'os enlevé avait en longueur de l'acromion à la base 15 cent. 1/2 ; en largeur, de l'acromion à l'angle supérieur 12 cent. L'os reproduit a 12 cent. de long et 1 cent. de large.

B) Les muscles de la région traumatisée sont plus ou moins amaigris, les muscles voisins ont à peu près conservé leur volume.

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

igueur : ainsi le trapèze, la partie antérieure qui est insérée sur la clavicule et le pectoral, la partie postérieure du deltoïde, le sus-épineux, le petit rond et le grand rond sont diminués, mais nous devons dire qu'ils ont vite repris leur force à l'aide de séances d'exercices. Aujourd'hui tous se contractent et produisent les effets habituels. Le sus-épineux et le sous-épineux, qui ont pu craindre spécialement l'atrophie par suite des séances de la résection même qui exposent à la lésion du nerf sus-scapulaire, sont restés aussi bien que les autres muscles.

L'articulation acromio-articulaire n'est pas changée, mais la clavicule est surélevée de 1 centimètre au-dessus du bord correspondant de la scapula. Les ligaments acromio-claviculaires déchirés pendant l'opération n'ont pas été remplacés ; aussi l'épaule ne peut pas lever le bras.

Quant à l'articulation scapulo-humérale, elle est restée de son type antérieur. La tête humérale sur le rebord postérieur est facile à sentir ; elle est un peu plus rapprochée des côtes que la normale ; mais elle ne s'articule pas avec elles. Lorsque le bras est au repos, le long du thorax en l'air.

Si l'on examine la mobilité, on voit que les muscles passifs sont presque aussi étendus que les actifs : nous ne parlons que de la mobilité de l'articulation scapulo-humérale et non de celle de l'omoplate sur le thorax qui est parfaite. Le bras peut être en abduction, à angle droit ; la projection de la tête humérale est à peine de 10° inférieure aux mouvements du côté opposé. La rotation déterminée par les mouvements actifs sont tous possibles, l'angle droit est parfaite ; la projection est à angle droit, la rotation

le quart d'une circonférence; le malade peut écrire la main sur l'occiput et derrière le dos.

Le résultat remarquable, dû tout entier à l'application de la méthode sous-périostée, est allé en s'améliorant encore au jour le jour. De fait, ce malade, qui nous a donné récemment ses nouvelles, nous écrit qu'il est à peu près aussi habile de son membre que de celui du côté opposé. Ces faits confirment les prévisions de M. Ollier, qui a écrit et dit : « Quand on enlèvera l'omoplate pour des plaies aiguës avec invasion de l'articulation scapulo-humérale sans lésion de la tête de l'humérus, on obtiendra de excellents résultats fonctionnels remarquables. C'est, ajoute M. Ollier (*Traité des résections*, t. III, p. 918) chez les jeunes sujets, et en particulier entre 10 et 18 ans, que l'extirpation totale de l'omoplate par la méthode sous-périostée soigneusement pratiquée nous promet ces excellents résultats fonctionnels. Quand on opérera pour des ostéites suppuratives on pourra obtenir des reproductions osseuses analogues à celles que nous avons observées chez les animaux. »

C'est ce qui a eu lieu, et une telle observation montre la supériorité de l'ablation de l'omoplate sur les simples incisions de drainage. Dans un cas pareil, les simples incisions supposant, ce qui est très douteux, qu'elles aient été suffisantes pour l'élimination des foyers purulents, auraient laissé une omoplate nécrosée, enclavée dans des bandes fibreuses de nouvelle formation, et une articulation scapulo-humérale absolument ankylosée.

II. — Ablation partielle de l'omoplate pour un ostéome; conservation du col et de la cavité glénoïdienne.

Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans qui entre dans le service du professeur Poncet le 10 août 1891, salle St-Paul, n° 75.

Elle portait une tumeur dure, dépendant de l'omoplate et mobile avec cet os, de la grosseur d'une tête d'enfant à son début remontait à deux mois. Il n'y avait pas d'adhé-

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES

et aucune trace de généralisation. Le membre supérieur gauche s'est adapté à chaque déplacement de la tumeur, mais, était maintenant douloureux. L'écoulement, abondant, était maintenant douloureux. L'écoulement, considérable, révélait à l'inspection que la tumeur occupait la moitié inférieure de son étendue verticale.

L'opération fut opérée le 17 août.

1.° une incision parallèle au bord supérieur, grâce à elle je pus arriver immédiatement aux scapulaires postérieurs et supérieurs. Une incision verticale parallèle au bord spinal. L'écoulement, dedans en dehors jusqu'à trois travers de doigt du néoplasme. Les muscles confinant à la tumeur suspects d'envahissement furent enlevés : le trapèze, le rhomboïde, le rhomboïde antérieur inséré au scapulum, le trapèze, le deltoïde. Puis l'omoplate fut retirée en dehors pour libérer la face antérieure. Les muscles du grand dentelé furent coupés au-dessus de la tumeur ayant été dépassée l'articulation scapulo-humérale, le tiers externe de façon à couvrir la cavité articulaire osseuse le col avec la cavité articulaire, l'acromion et son pédicule. Les muscles propres de l'omoplate : sus et sous-épineux, grand rond, sous-scapulaire avaient une portion voisine de la tumeur.

L'opération avait duré 20 minutes. Les sutures furent faites pendant l'angle supéro-interne de la plaie. L'écoulement phacélé et a retardé la cicatrisation. Un écoulement purulent qui s'est développé dans la plaie.

Le 15 septembre, deux mois après l'opération, l'écoulement de la portion osseuse voisine de l'articulation ne gêne pas les mouvements de l'avant-bras sur le bras. L'écoulement est aussi bien de l'autre côté.

en effet, un seul muscle brachio-antibrachial qui ait été sacrifié, et l'on sait que dans l'ablation totale de l'omoplate on détache les insertions supérieures de la longue portion du triceps, celles du biceps. L'articulation scapulo-humérale est aussi restée intacte. La motilité passive y est complète. Quant aux mouvements actifs ils sont, on le conçoit, réduit de toute la quantité de mouvements que lui apportaient les muscles sacrifiés, c'est-à-dire les trois quarts du deltoïde, les muscles de la face postérieure et de la face antérieure de l'omoplate.

En faisant cette ablation partielle nous avons suffisamment dépassé les limites du mal pour ne pas nous être exposé à une opération incomplète, et nous avons mieux agi qu'en sacrifiant l'os en entier. « Les observations le démontrent, dit M. Ollier (*Traité des résections*, t. III, p. 916). Aussi faut-il faire la résection du corps et non l'extirpation complète toutes les fois que la nature de la lésion ne nécessite pas la suppression du col et des saillies antérieures. »

M. L. TRIPIER croit qu'un appareil prothétique sera très utile à cette malade. En fixant la portion restante de l'os, les mouvements d'élévation du bras pourront être rendus partiellement.

Duchenne¹ (de Boulogne) a montré en effet que la paralysie du grand dentelé rendait l'élévation du bras très difficile.

SARCOME DU TIBIA.

M. PORTE, interne de M. Poncet, présente un sarcome énorme de la jambe. Le malade, jeune homme de 19 ans, avait refusé au mois de juin précédent, l'amputation de la cuisse. La tumeur alors n'avait que le volume d'une petite mandarine et siégeait à la partie supéro-interne du tibia gauche. Avant-hier le malade rentra porteur d'une tumeur énorme qui laissait cependant l'articulation du genou intacte.

CATARACTE AVEC KÉRATITE

présente une jeune fille, âgée
e ophtalmie purulente des
ent la vue de l'œil gauche, et
énorme staphylome. L'œil
cessivement petite, diamètre
ds par du tissu analogue à la
ême est légèrement trouble
gmus dû également à l'anci
'iris était adhérent au cristal
ore assez pour avoir pu alors
ze ans. Depuis lors le cristall
vis, le 29 juin dernier, elle
à l'iris. Vision quantitative, b
'exiguïté de la cornée et les
lai à faire une iridectomie
Aujourd'hui la malade compt
duit seule et lit (avec + 15)

ylôme de l'œil gauche fut o

d'autant plus à vous présenter
ssée avec un certificat d'incu

DE LA COLONNE VERTÉBRALE
POSTÉRIEURS DES 5^e ET 6^e

UDRY présente un tronç n d
e qu'il a opéré dernièrement
n. Il pratiqua la trépanation
cet homme qui à la suite d'un
e la 5^e cervicale, avait une pa
volontaire des quatre membres
tait sectionnée par les fragme

Il faut noter un ptosis du côté droit inexplicable par la lésion médullaire.

(Voir la première partie (MÉMOIRES), p. 171.)

M. J. AUDRY fait remarquer que le ptosis peut avoir pour point de départ le sympathique. Il s'agissait alors d'un « faux ptosis ».

M. LÉPINE demande si l'hémorrhagie intra-rachidienne était considérable.

M. Ch. AUDRY répond qu'il n'y avait pas trace de sang dans le canal cérébral. La lésion médullaire était une section nette, et la pièce qu'il présente le démontre suffisamment. Il n'a pas tenté la suture de la moelle, les résultats ont toujours été mauvais.

IDENTITÉ DU BACILLE D'EBERTH ET DU BACTÉRIUM COLI COMMUNE.

M. G. ROUX, en son nom et au nom de M. RODET, fait une communication importante sur l'identité du bactérium coli commun et le bacille d'Eberth. Cette communication est provoquée par la note récente de MM. Chantemesse et Widal à l'Académie de médecine (séance du 13 oct. 1891). MM. Roux et Rodet ont d'ailleurs envoyé à l'Académie une réponse qui a été lue par M. Chauveau dans une séance suivante. Ces deux auteurs sont plus que jamais convaincus de l'identité de ces deux microbes, et les différences qui ont été signalées dans leur morphologie, soit dans leurs propriétés chroniques ou virulentes, ne sont pas suffisantes pour les individualiser. Ces différences se retrouvent et à des degrés encore plus marqués chez certaines espèces de microbes dont MM. Chantemesse et Widal sont les premiers à reconnaître l'identité. Quant à la propriété qu'a le bacillus coli commun de faire fermenter le sucre, et à l'exclusion du bacille d'Eberth, cette différence est encore négative; on pourrait citer des exemples innombrables de microbes qui perdent certaines propriétés sous des influences variées.

M. RODET ajoute que les conditions dans lesquelles MM. Chantemesse et Widal se sont placés pour apprécier

la température sur ces microbes
et nullement comparables à celle
de cette même action.

cation de la note à l'Académie
ails de la technique. A cette
ion du reste d'étudier l'action
onnée sur ces microorganismes
eux perdait le plus vite sa v
ait à une température constante
tures plongeait dans des ré
1 à 80°; mais jamais le docteur
la culture fût elle-même à
e tous les germes de cette cult
érature élevée. Les expériences
elles de MM. Chantemesse et W
it toutes différentes.

ars reprochent en outre aux
ressusciter la vieille théorie d
l'opinion de la spontanéité de
verse les lois de l'hygiène

ntemesse et Vidal ont sans do
ité dans un sens différent de ce

et Rodet se placent au contraire sur un plan plus général, puisque pour eux la viande doit être suspectée quand elle est contaminée, ce qui est rare, mais tout à fait possible, *Escherichia coli* commune, ce qui

dit à l'identité des deux germes; il a raison, aussi il proteste contre le fait qu'il semble lui faire jouer dans la communication de ces derniers auteurs, le rôle des deux microbes. Or jamais M. Bérthelin n'a eu ses expériences avec M. Aubertin, et il est communis chez un grand nombre de bactériologistes que les deux bacilles ne sont ni

gènes de la fièvre typhoïde; quant à leur identité, il la croit telle que MM. Rodet et Roux l'ont démontrée.

M. ARLOING ajoute que les arguments de MM. Roux et Rodet sont certainement démonstratifs; la tendance de ces deux bactériologistes est d'ailleurs excellente, car ils se placent à un point de vue beaucoup plus large que MM. Chantemesse et Widal. M. Arloing est même heureux d'avoir par sa communication au congrès d'hygiène de Londres provoqué ce débat. Il ne faut pas vouloir faire plier les principes devant les faits comme MM. Chantemesse et Widal tendent à le faire. Peu importe de savoir si la théorie de Murchison est ou non en rapport avec les expériences de MM. Roux et Rodet. Ce qui est certain, c'est que l'opinion de ces derniers élargit considérablement, bien loin de les diminuer, les précautions hygiéniques à prendre contre la dothiéntérie.

ÉNUCLÉATION PAR LA LAPAROTOMIE DE NEUF FIBROMES UTÉRINS INTERSTITIELS.

M. JABOULAY présente une malade de 35 ans à laquelle il a pratiqué le 10 août dernier, dans le service de M. le professeur Poncet, l'énucléation intra-utérine de neuf fibromes interstitiels par la laparotomie.

Cette femme souffrait depuis neuf ans de règles abondantes avec caillots. Depuis un an surtout, les sensations de pesanteur dans le ventre, des douleurs parfois insupportables étaient apparues. Elle venait de Constantine réclamer une intervention.

La laparotomie révéla des adhérences de l'épiploon au péritoine pariétal, puis du péritoine viscéral au péritoine pariétal au niveau de l'excavation pelvienne. Ces adhérences dégagées, l'utérus se montre enchassé dans le petit bassin, immobilisé par des adhérences et bourré de fibromes. Il fut impossible de l'amener au dehors et par suite de tenter l'hystérectomie. Alors, M. Jaboulay fit l'énucléation de ces fibromes à travers les couches internes qui les retenaient. Grâce à leur voisinage, il n'y eut besoin de faire que six incisions utérines, parce que trois tumeurs purent passer par les plaies qui avaient été faites pour d'autres. Les plus grosses étaient comme de petites oranges, deux, petites,

avaient le volume d'une noix. Les incisions p le corps, et qui étaient au nombre de cinq, sa il n'en fut pas de même d'une autre, faite su avait intéressé des branches de l'artère utérir lier dans la plaie. Des sutures en bourse fer ces solutions de continuité. Après quoi de la ga faible, à 5 %, fut placée autour de l'utérus s pansement; puis cet organe devant exercer compression sur lui, la lanière faisant drain au-dessus du pubis dans la partie inférieure qui ne fut pas fermée dans ce point.

La malade eut de l'intoxication iodoformée dant huit jours. Une sécrétion séro-purulent le drainage, mais notre opérée se rétablit vite pas eu de signe de péritonite; la miction, l n'avaient pas été interrompues par le trauma l'empoisonnement par l'iodoforme, les suites f

La malade est sortie guérie depuis déjà qui a un mois, au moment de ses règles, elle a eu l lement sanguin. Elle les a de nouveau depuis téromètre ne pénètre que de 5 cent. 1/2 dans l

Cette opération, l'énucléation intra-utérine semble à M. Jaboulay devoir remplacer l'hystér différents procédés, même les meilleurs, pour opération. Car elle conserve l'utérus et prévien cidents connus ou à décrire consécutifs à c Bien entendu, il faut enlever tous les noyau avec soin les plus petits pour ne pas s'expose dive. Le cas présenté montre qu'il n'y a à cela sible. Cette chirurgie, consistant à enlever l'ut tumeur bénigne, ressemble assez à celle qui a membres pour des néoplasmes non malins. l opératoires ne doivent pas entrer en ligne faut procéder pour l'utérus avec autant de r circonspection que dans l'extirpation d'une membre : en liant les vaisseaux à mesure qu' en évitant la cavité utérine, laquelle devra

alable être désinfectée et curetée. Cette opération a été
e sur un utérus resté au fond de l'excavation pelvienne,
plus forte raison est-elle possible sur un utérus mobile,
qui peut facilement être attiré au dehors et exposé sous
yeux et les mains du chirurgien.

. RENDU félicite vivement M. Jaboulay du beau succès qu'il a obtenu
sa malade; mais cette méthode d'énucleation des fibromes utérins
la laparotomie lui semble offrir de grands dangers. En effet, indépen-
ment des larges vacuoles provenant de ces énucléations et consti-
t déjà par elles mêmes des conditions peu favorables à la guérison;
ut compter aussi avec ces fibromes qu'on ne peut énucléer en tota-
disposition anatomique qu'il est impossible de prévoir à l'avance et
doit singulièrement compromettre les chances de réussite.

INFECTION URINEUSE.

I. DESTOT, interne des hôpitaux, présente la vessie d'un
me de 66 ans, mort dans le service du professeur Poncet
suite d'infection urinaire.

e malade, hémorroïdaire et variqueux, présentait depuis
ans des troubles de la miction qui l'obligeaient à se son-
régulièrement avec une sonde molle de Nélaton. Pas
blennorrhagie ni de rétrécissement. La fente du méat
t seule un peu diminuée. Dans le courant de l'année
I, il eut à deux reprises des accidents de rétention avec
aturie concomitantes. Le 18 octobre, nouvelles héma-
es, non dues à des fausses routes, ni à aucune affection
ale.

ntre le 20 octobre à l'Hôtel-Dieu, il présentait les signes
ants : rétention complète, hypertrophie de la prostate;
tion sanglante par regorgement.

onction hypogastrique d'urgence ramenant du sang noir
é à l'urine.

péré immédiatement. La taille hypogastrique montre
la cavité de Retzius est remplie de sang et d'urine
provenant de la ponction.

A l'ouverture de la vessie, issue d'une grande quantité d'urine et de sang en caillots.

Le tamponnement permet d'apercevoir à la partie supérieure du col des varices molles et violacées, et du bout de l'une d'elles s'échappa un jet de sang noir.

La cautérisation au Paquelin, la suture à l'aiguille inutile, M. le professeur Poncet fit l'abrasion à la curette et tamponna avec la gaze iodoformée qui fut fixée par un fil passant par le canal, et dont les bouts se nouent l'un au-dessous du pubis.

Mort au bout de quatre jours avec fièvre et symptômes de cachexie urinaire. A l'autopsie, varices du col, hémorrhagies varicoles. Pas de tumeur.

Cette observation est intéressante par plusieurs points.

1° D'abord les observations de varices du col de la vessie sont extrêmement rares, et celle que nous publions démontre une fois de plus la réalité de cette affection.

2° La taille hypogastrique nous a fait voir les dangers de la ponction exploratrice sur lesquels M. Poncet a insisté d'une façon toute particulière.

Enfin, au point de vue opératoire, il est assez malaisé de se rendre maître de l'hémorrhagie, le cautère et la suture sont inutiles ou impraticables. Le tamponnement maintenu par un fil fixé par un lac passant par le canal, ressortant par la vessie et dont on noue les deux chefs au devant du pubis ne constitue en réalité qu'un procédé ingénieux et ingénieux culier dicté par les circonstances, et le professeur déclarait qu'en pareil cas, pour éviter toute chance d'infection urinaire, il n'hésiterait pas à tamponner la vessie entière après avoir assuré l'écoulement de l'urine par le cathétérisme des deux uretères.

SUR LA PÉRITYPHLIT

M. Maurice Pollosson fait une com pérityphlite.

Il rapporte onze observations. Dans s graves et trois avec abcès probablement tin, la guérison survint sans intervention

Dans deux cas on intervint par l'incisio l'appendice à une période où une indicati tumeur et plastron, rendait l'opération deux guérisons. Dans les trois derniers furent vus à une phase très avancée et très ladie. Une fois fois le malade mourut a une autre fois le malade succomba ap abcès péritonéal ayant apparu à la régio sac herniaire.

Voici le résumé du premier cas : Un ho apporté dans le service avec une tumeur que droite, une température de 40°, et grave. On incisa simplement, et on tomb rulent au devant du cæcum. Le lendemain déréablement aggravé; il y a des signes n tonite généralisée; le pouls est par mom La laparotomie médiane donne issue à du boriqué du péritoine avec de l'eau boriq vre l'incision faite la veille et on trouve en arrière du cæcum dans le péritoine présente gangrené et perforé, on le résèq des lanières de gaze iodoformée. Le mal

De l'analyse de ces observations, M. Pol clusions suivantes : Relativement au rôle au siège de l'inflammation dans le péritoi lulaire, il se rattacherait aux idées nouv où l'observation était possible, l'appendic abcès intra-péritonéaux.

Mais il ne saurait accepter l'opération

dans les termes où elle a été conseillée par des chirurgiens contemporains. On ne doit pas opérer dans tous les cas dans le but de prévenir une péritonite possible et des récidives probables.

Il faut avoir la main forcée par des symptômes généraux graves ou guidé par des signes locaux précis. A quel degré faut-il que soient portés l'appareil fébrile, les réactions péritonéales, les phénomènes d'obstruction pour que l'opération s'impose? Cela paraît difficile à préciser. Sans doute la chirurgie actuelle a le droit d'être moins réservée que la chirurgie préantiseptique.

Mais dans ces cas moyens on fera bien d'attendre une indication locale. La tumeur iliaque peut présenter deux consistances : 1° consistance d'une masse molle, pâteuse, attribuée à l'agglutination des anses intestinales ; 2° la consistance ferme, considérée souvent comme phlegmoneuse, connue sous le nom de plastron. Dans ce dernier cas, la tumeur inflammatoire aurait contracté des adhérences avec la paroi et l'on pourrait intervenir sans crainte d'ouvrir le péritoine. Il est bien entendu qu'on n'attendra pas le plastron pour intervenir si l'état général est grave. Inversement, on n'incisera même pas les plastrons si les autres symptômes sont bénins. Combien de plastrons ont fondu sous l'humble cataplasme.

Les dangers d'intervention sans indication locale précise résident dans l'ouverture possible de la grande cavité péritonéale saine du voisinage de foyers d'inflammation, dans la difficulté de trouver le foyer ou tous les foyers dans une sphère étendue d'anses agglutinées. Ces dangers on devra les affronter par nécessité, non par principe. — Une des observations montre que les interventions en apparence désespérées peuvent donner de bons résultats. Certes, elles engagent fortement la responsabilité du chirurgien et peuvent compromettre sa réputation. Heureux les malades en présence desquels on a le moins à tenir compte de considérations extra-scientifiques.

COMPTES-RENDUS DES SÉ

M. FOCHIER a constaté fréquemment la péricécalite. Il a vu qu'elle guérissait spontanément le plus souvent. Cette affection guérit aussi très souvent entre les doigts. C'est pourquoi ces cas sont ignorés des chirurgiens.

M. Fochier regrette les tendances de la Société. Avant que l'appendicite fût connue, on guérissait la péritonite qui consistait à ouvrir simplement un abcès et à évacuer le pus. Quand on opère, la recherche de l'appendice ordinairement exposé à des dangers, à des complications d'infection; aussi guérit-on peut-être moins qu'autrefois sans intervention. L'intervention radicale est plus que l'intervention modeste qui consistait à ouvrir l'abcès, très accessible. L'opération radicale est souvent suivie de complications stercorales qui résultaient quelquefois jadis de la guérison spontanée. M. Fochier préfère l'intervention modeste.

RÉSECTIONS INTESTINALES

Par M. JABOULAY, agrégé, chef des travaux.

J'ai eu trois fois l'occasion de pratiquer une fois pour un anus artificiel ancien, deux fois pour une obstruction intestinale, deux fois pour une hernie. La première fois que je résectionnai le 20 février 1890, pour un anus contre nature, il y avait un an auparavant.

Il s'agissait d'une femme de 60 ans, que M. Bouveret dans le service du professeur j'avais l'honneur de suppléer en mars 1889. Elle était atteinte d'obstruction chronique du côlon et devait siéger sur le côlon ascendant. Elle avait un anus artificiel fonctionnant mal. Cet anus artificiel fonctionnant malade engraisa et revint l'année suivante. Cure de cette difformité. Elle fut placée sous le traitement de M. Maurice Pollosson que je remplaçai par des lavements et des injections dans le côlon pour rétablir son calibre qui en supposant qu'il avait nécessité l'entérectomie, avait dû

blement par suite de l'inactivité fonctionnelle de quelques jours la malade déclara que les selles passaient en partie par l'anus naturel. On attendu encore quinze jours, comme l'état ne s'améliorait pas, sans cependant qu'il y eût une évacuation intestinale avec entérorrhée par le rectum : la section du bout inférieur avait été faite comme dans le Madelung. Mais les symptômes revinrent, et le cinquième jour après l'opération fallait rouvrir et rétablir l'anus. Il est évident que l'obstruction pour laquelle cette femme avait été opérée la première fois n'avaient pas disparu et que la perméabilité était à jamais compromise. En défilant l'intestin nous pûmes constater, M. Polliard, que quelques fils avaient suppuré, mais qu'il n'y avait aucune trace de péritonite.

Le second cas se rapporte à un homme de 45 ans, porteur d'une hernie crurale droite depuis 15 ans. Opéré dans le service de M. Poncet le 4 août 1888, il était rouge et œdématiée, l'état général bon, il n'y avait aucun signe de péritonite. A l'incision le sac dégorgé et infecté, il était sphacélé. Son contenu était blanchâtre et blottant. Au fond était une portion d'anse intestinale latéralement, elle était rouge; lorsqu'on la comprimait elle faisait sourdre des matières dans la plaie. L'anneau Gimbernat fut débridé, puis le sac et le péritoine fondément situé, attirés au dehors. A ce moment on leur fit une montre circulairement coupée en deux en deux endroits. Je résèque 10 cent. : 8 sur le bout supérieur et le plus malade et 2 sur le bout inférieur. Le péritoine de Gussenbauer et réintègre complètement. Le sac avait été agrandi par une incision longue. Le lendemain le malade demandait à manger, son état resta normale, et cet homme sortit quinze jours après l'opération pour aller reprendre au Péage-d'Aumont son métier de tonnelier; il l'exerça dès son arrivée.

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES

les nouvelles de ce malade par le docteur. L'état lui-même la persistance de la guérison, la troisième occasion de pratiquer fut fournie par un homme de 40 ans qui avait une ulcère crurale droite gangrenée. Elle était étendue sur trois jours et avait été fortement taxifiée. Le malade sortait régulièrement. Les douleurs étaient vives, la peau rouge, mais l'état général était bon. On incisa au pus autour du sac et dans sa cavité. On trouva une ulcère gangrenée et des taches blanches le critérium d'une pomme d'arrosoir; une odeur fétide à celle des péritonites par perforation s'exhalait. Le 15 août 1891. Le malade était couché sur le dos, dans le service de M. Pollosson. Je résolus d'inciser l'intestin, et pratiquai la réunion par la suture de Gussenbauer. Comme le sac était très étroit, je le fendis en long sur la face antérieure, ce qui fut nécessaire pour une coaptation parfaite. Cela dura une heure; à la fin le malade avait pu se lever. Pendant trois jours le ventre resta ballonné, mais sans des coliques. Puis le calme s'établit, le malade mangea et marcha; cependant de temps en temps il eut des coliques et de la diarrhée. Trois semaines après l'opération un point douloureux à droite, à la base du sac, alors, il se mit à tousser et à cracher, et de la hémoptysie. À la section intestinale, il succombait à une hémorragie non droite. Le poumon était gris, parcouru par des vaisseaux rhétiques, semé de fragments nécrosés, veineux. À l'autopsie, il nageait dans une cavité de pus. À la base, au niveau de la résection, était parfaite la cicatrisation. Des adhérences les réunissaient à une autre anse; cette portion d'intestin était fixée par des fausses membranes n'étant que la continuation vers le bout inférieur de l'intestin. En incisant celle-ci, on voit un léger relief de la suture des parois; les fils de soie sont encore en place où ils ont été mis. On peut voir aussi qu'il y avait une

libre des fils qui réunissaient les faces mésentériques des anses plongent dans la lumière de l'intestin : c'est que nous avons fait notre suture à ce niveau de l'intérieur à l'extérieur, ce qui était plus commode que de suturer de l'extérieur à l'intérieur en faisant le renversement des anses.

L'insuccès de notre résection dans notre premier cas tient à la nature de la maladie qui avait obstrué le côlon ascendant. Malgré les apparences, la perméabilité y était très incomplète ; aussi, la seule opération qui eût été de mise et qui aujourd'hui encore, car la malade se porte très bien, pourrait réussir et [supprimer l'an]us contre nature, serait l'entéro-anastomose, entre le bout supérieur de l'ouverture artificielle et l'S iliaque. Mais ce cas ne saurait être mis au passif de l'entérectomie ; on peut dire, au contraire, que la suture, malgré quelques points de suppuration, avait été efficace et solide puisqu'il n'y avait aucune trace de péritonite. Il y avait un moyen de prouver sa valeur, c'était d'établir l'an]us, lorsqu'on fut forcé d'ouvrir de nouveau, au-dessous de la ligne des fils, et c'est ce que j'avais proposé de faire.

Les deux entérectomies pour perforation et gangrène herniaire démontrent toute l'importance de l'entérectomie et sa supériorité sur l'an]us contre nature. La mort à longue échéance du dernier malade opéré, sur laquelle nous aurons à nous expliquer, n'infirmes en rien cette conclusion, qu'il faut faire la résection dans des cas semblables. C'est une opération qui ne réclame que de l'habileté manuelle et une certaine habitude des sutures intestinales. Cette technique est facile à acquérir si l'on veut bien se faire la main dans les amphithéâtres d'anatomie et dans les laboratoires de vivisection. Les uns et les autres nous ont été très utiles, et par la comparaison des opérations faites dans le laboratoire du professeur Lépine, qui avait bien voulu nous confier l'exécution de résections intestinales chez les chiens auxquels il enlevait le pancréas, et de celles que j'ai pratiquées sur le cadavre ou le vivant nous pouvons dire que ces sutures sont plus difficiles à bien placer sur le chien que sur l'homme.

La suture qui nous a paru préférable est celle de Gussenbauer à cause de sa simplicité et de sa rapidité d'exécution. Elle fait en un temps ce que le Czerny fait en deux temps, elle économise donc relativement à celui-ci presque la moitié de la durée opératoire. Cette considération a une grande valeur si l'on songe que l'on s'adresse à des individus souvent déjà refroidis et en collapsus. Quant à l'efficacité, elle vaut le Czerny et dépasse le Lembert seul. Il est vrai que pour abrégé lorsqu'on fait deux plans de suture, on peut établir l'un ou l'autre étage en surjet continu. (Rydygiér et Madelung pour la première rangée, Mudd pour la seconde). Mais il y a un reproche commun à faire à ces procédés, c'est que si la suture est mal placée et lâche en un seul point, l'ensemble entier en est compromis (1). Nous ne dirons rien du procédé modifié des quatre maîtres que nous n'avons jamais essayé, nous ignorons son avenir. Cependant le procédé de Neuber, la suture des deux bouts sur un tube d'os décalcifié paraît à priori séduisant par sa simplicité.

Le fil que nous avons employé dans toutes nos sutures est le fil de soie. Nous l'avons trouvé intact dans l'autopsie que nous avons faite.

Il nous reste à insister sur un dernier point : l'apparition d'une gangrène pulmonaire à la suite d'une gangrène herniaire chez notre dernier malade. Chose curieuse, les premiers symptômes ne sont arrivés que trois semaines après l'opération, au moment où l'opéré était presque remis et avait déjà fait fonctionner son tube digestif. Il n'est cependant pas douteux pour nous que la maladie pulmonaire n'ait été sous la dépendance de la maladie intestinale. C'est par la gangrène de l'intestin que les microbes, vraisemblablement ceux décrits par Clado (Congrès de chirurgie, 1889), ont fait invasion dans l'organisme. Là ils sont restés trois semaines à préparer l'attaque du poumon droit, soit parce que la

(1) Il nous semble que si un de ces nombreux procédés doit bénéficier de la suture continue, c'est le Gussenbauer, parce que deux points ont moins de chances de lâcher qu'un seul. C'est une modification que nous conseillerions volontiers.

phagocytose était puissante, soit parce qu'ils étaient pour ainsi dire à l'état de sommeil et de léthargie. Il s'est produit dans cette affaire de gangrène successive de deux organes différents et éloignés ce que l'on voit parfois dans l'ostéomyélite prolongée, où les reins peuvent se remettre à supurer par le réveil des staphylocoques et leur pullulation dans le milieu intérieur.

INTERVENTION HATIVE ET EXPECTATION OU INTERVENTION RETARDÉE DANS L'APPENDICITE.

M. JABOULAY rapporte 16 observations de différentes formes d'appendicite. Elles appartiennent au professeur Poncet ou ont été recueillies dans son service.

Deux cas concernent des péritonites purulentes généralisées avec perforation et gangrène de l'appendice : ce sont des malades arrivés au dixième jour de la maladie et qui furent opérés in extremis. Mort dans les deux cas.

Deux fois aussi il s'est agi de péritonite purulente généralisée d'origine appendiculaire, mais sans perforation. Laparotomie latérale. Mort.

Cinq fois on s'est trouvé en présence de péritonites séro-fibreuses développées autour d'abcès nés d'appendices perforés. Quatre fois il y eut guérison après l'intervention qui consista dans l'ouverture et le drainage de la collection purulente et du péritoine avec ou sans résection de l'appendice. Une fois l'abcès ballottant dans la cavité péritonéale se rompit, et malgré le lavage et le drainage, la malade mourut 24 heures après.

Quatre abcès enkystés sans retentissement péritonéal furent ouverts au point saillant et guérissent facilement.

Une fois M. Poncet se trouva en face d'une appendicite chronique avec adhérence au côlon et à l'épiploon, mais sans abcès : les douleurs et les troubles digestifs commandaient l'intervention qui consista dans l'extirpation de l'appendice et fut suivie de succès.

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

in deux cas d'appendicite tuberculeuse furent
verture du péritoine on constata de la tuber
ale disséminée.

deux premiers malades sont morts parce q
ntervenu à temps. Il était trop tard, et il

pour les deux suivants qui forment la sec

On remarquera que ceux-là légitimeraient

qui peut paraître absurde, celle de l'excisi

e l'appendice. Ces quatre décès sont imputal

ion médicale autant qu'à la forme de la ma

seule péritonite séro-fibrineuse a été suivie

l'intervention. Mais l'abcès était mobile à

s, et allait s'ouvrir dans le péritoine.

les autres malades ont guéri.

considérant les dangers et les aléas de l'ex

rée et les accidents de la maladie lorsqu'elle

e à elle-même, on est autorisé à dire qu'il fa

tionniste et surtout *interventionniste hâtif*

LOCHIER fait remarquer que parmi les faits que vien

oulay, trois seulement sont relative à des cas d'inter

ntre une appendicite. Mais il croit que ces trois mala

en pu guérir spontanément. Il croit, pour l'avoir vu p

ction puerpérale, que le péritoine est très capable

usement des abcès. Du reste, il s'est contenté de

he systématique de l'appendice, et il maintient son

se pas qu'on doive d'emblée ouvrir le ventre aux mala

des phénomènes inflammatoires dans leur péritoine.

autres faits cités par M. Jaboulay, lui-même n'aura

venir.

ABOULAY ne conteste pas la guérison spontanée pos

, il se contente de dire que l'opération améliore le

not, l'intervention précoce fournira des résultats m

tion systématique.

son TRIPIER insiste sur la distinction qu'il faut é

dicite et les processus qui ont leur point de départ da

re. En tous cas d'appendicite il admet que l'interven

e salutaire au malade. Une lésion infectieuse intr

ade l'incision.

AURE insiste sur la mobilité que présentent parfois le

tions de la fosse iliaque. Dans un cas il la vit passer brusquement du côté droit au côté gauche. De tels faits ne sont pas à l'appui des interventionnistes.

M. L. TRIPIER maintient ses conclusions.

M. CHANDELUX. Il faudrait savoir d'abord s'il y a appendicite ; ensuite si l'appendice est intrapéritonéal. Actuellement il est hésitant. L'expectation lui a donné de bons résultats. Cependant, dans un cas récent, elle paraît avoir causé la mort d'un enfant qui succomba brusquement à une péritonite par perforation survenue après expectation. Mais il est à noter que dans un autre cas il vit, après avoir attendu, apparaître un abcès iliaque facilement incisé, vidé et guéri. Il pense que chez ce malade l'intervention précoce n'eût pu qu'être nuisible.

M. L. TRIPIER dit que s'il y a des signes d'abcès ou de phlegmons, la question ne soulève aucune divergence. Mais il faut se souvenir que l'appendice normal est dans le péritoine. Il s'agit de lésion du cæcum, lésions souvent tuberculeuses d'ailleurs, le pus viendra facilement en dehors ; mais en pareil cas on a des signes nets de phlegmon et d'abcès ; si ces signes manquent, il faut rester en défiance, et il penche pour l'intervention.

M. JABOULAY. La donnée actuelle fournie par les anatomistes est que l'appendice est toujours intrapéritonéal aussi bien que le cæcum ; les erreurs des anatomistes anciens à ce sujet sont déplorables.

M. CHANDELUX ne croit pas aussi fréquente qu'on le dit la position intrapéritonéale de l'appendice ; autrement on n'aurait pas des abcès de la fosse iliaque.

M. JABOULAY répond que ces abcès sont souvent dus à des lymphangites.

M. CHANDELUX. Mais alors, pourquoi ouvrir précocement le péritoine ?

M. L. TRIPIER et JABOULAY font remarquer qu'on n'a plus affaire à des appendicites, mais à des pérityphlites, ce qui est fort différent.

OVAIRE ET PORTIONS DE LIGAMENTS LARGE ET ROND CONTENUS DANS UN SAC HERNIAIRE.

M. L. DOR, interne des hôpitaux, fait la communication suivante :

La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter a été recueillie dans le service de M. le professeur Poncet. Il s'agit d'un ovaire accompagné d'une portion de ligament large, de ligament rond et de quelques centimètres de trompe ; ces

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

organes étaient contenus dans un sac herniaire chez une malade âgée de 34 ans.

Dans l'observation de cette malade nous trouvons au point de vue de ses antécédents le fait que son père et son père avaient été atteints tous les deux d

C'est à l'âge de sept ans que la malade s'est aperçu était atteinte d'une petite hernie inguinale gauche.

Elle porta un bandage depuis ce moment. A sa menstruation, peu de phénomènes douloureux au n la hernie.

Jamais d'ailleurs au moment des règles la malade aperçue que sa hernie soit augmentée de volume plus douloureuse.

Pendant longtemps la tumeur était réductible, mais quelques années la réduction était devenue impossible.

La malade accusait des douleurs dans les reins et parfois qu'elle voulait se livrer à un travail fatigant, depuis quelque temps ces douleurs avaient augmenté point qu'elle ne pouvait plus faire aucun effort. La tumeur était également une cause de grande fatigue. — Elle était disposée à accepter n'importe quelle opération qui lui donnerait un soulagement à cet état devenu insupportable.

A son entrée à l'hôpital, on constatait la présence d'une tumeur dure, non réductible, un peu douloureuse à la pression.

Par la forme et les dimensions de la petite masse on sentait, M. Poncet avait pensé à un ovaire en ectopie.

L'opération, qui fut faite le 28 septembre, vérifia le diagnostic.

On trouva un sac mince avec collet donnant au patient la sensation d'une bride coupante au niveau de l'orifice.

L'ovaire, de volume normal, était très blanchâtre et on sentait à sa surface de petites cicatrices.

Le ligament rond se confondait dans les parois du sac. Auparavant, on détache l'ovaire du sac; mais après avoir débridé le collet, on ne peut pas réduire complètement

procéder à la cure radicale par excision du sac. On excise donc la trompe et l'ovaire. Suture facile des piliers.

A la coupe, l'ovaire présente trois ou quatre petits kystes, du volume d'un pois et trois petits caillots.

La trompe est oblitérée et se termine en cul-de-sac à 7 ou 8 cent. du pavillon.

La malade guérit très bien, et actuellement ses douleurs ont disparu.

La hernie de l'ovaire n'est pas en elle-même un cas rare. Dans un mémoire des *Annales de Gynécologie*, de 1878 et 1879, Ruch rapporte qu'il en connaît une centaine, parmi lesquels il ne fait pas mention d'oblitération de la trompe. C'est précisément ce dernier fait qui nous a déterminé à présenter cette pièce, c'est le fait de l'imperforation de la trompe. En effet, si l'on avait pu réduire la tumeur, cette manœuvre aurait été absolument inutile.

La malformation que nous avons constatée n'est certainement pas due à un arrêt de développement, mais bien plutôt à un processus inflammatoire. C'est probablement la bride que l'on sentait au niveau de l'orifice interne qui a provoqué l'oblitération et la section de la trompe.

Quoi qu'il en soit, il nous a paru intéressant d'attirer l'attention sur la possibilité de cette oblitération, afin que l'on songe à rechercher dans des cas analogues, avant de réduire l'ovaire, si la trompe paraît sectionnée.

NÉPHRECTOMIE POUR UN CAS DE LITHIASE.

M. RAFFIN présente un rein atteint de lithiase avec abcès qu'il a enlevé par la néphrectomie lombaire.

Il s'agit d'un malade âgé de 30 ans, sans antécédents tuberculeux, et n'ayant eu aucune autre affection qu'un léger écoulement urétral, il y a plusieurs années.

Depuis le mois de février dernier, il urine du pus, en grande quantité, et de temps en temps, une à deux fois par mois, sensations douloureuses au bout de la verge avec mic-

COMPTES-RENDUS DES SÉAN

tions fréquentes. Jamais de cystite; n'a jamais eu de hématurie; une seule fois, un peu de sang.

Le rein du côté gauche est énorme, il descend jusqu'à l'iliaque et atteint en avant le bord externe du fémur droit.

En même temps, amaigrissement très prononcé.

L'opération a été pratiquée la veille, par MM. Lagnaite, Pouillet et Savy. Comme pour la néphrotomie, la néphrectomie a paru nécessaire à cause de l'énorme quantité de pus contenue dans le rein et de nombreux calculs qui y étaient renfermés.

La pièce présente des lésions extrêmement graves, à la suppuration, et contient trois calculs dont le plus long est de 4 centimètres.

A noter l'absence de suppuration au pôle supérieur. Il n'y a aucune communication directe entre le rein et le pôle supérieur qui ont détruit la substance rénale en grande partie.

Le malade va bien, la suppléance rénale est assurée, la quantité d'urine émise dans les premières semaines qui ont suivi l'opération est de 600 grammes, la température est presque normale.

Depuis lors, la quantité d'urine a augmenté à 1200 grammes, la température n'a pas dépassé 38°, le malade paraît en voie de guérison.

HÉMATOME DE LA DURE-M

M. VIALLOX, interne à l'asile de Bron, nous communique les faits anatomiques provenant de l'autopsie de M. Brun, dans le service de M. Brun.

Le premier malade, âgé de 31 ans, célibataire, n'a jamais eu de rhumatisme, était aliéné depuis sa jeunesse. L'histoire de son étio- logie, nous trouvons une chute sur la tête, mais n'est resté aucune trace. C'est à partir de ce moment qu'il a commencé à présenter un délire incohérent et qu'il a été admis à l'asile, le malade est faible, cependant

ne constate ni paralysie ni troubles de la sensibilité. La pupille gauche est immobile, ne réagit pas à la lumière.

Huit jours après, le malade présente des symptômes de méningite : température oscillant de 39°,5 à 40°,5, lèvres fuligineuses, langue rôtie, tremblement généralisé, rétention d'urine et constipation ; bientôt paralysie et abolition de la sensibilité, et le malade meurt dans le coma.

Le diagnostic de compression cérébrale et de méningite consécutive qui avait été fait se trouve vérifié à l'autopsie. On trouve en effet un hématome de la dure-mère siégeant à la face externe de l'hémisphère gauche sur lequel il a produit une déformation qui persiste encore. Cette tumeur, du poids de 150 grammes, est encapsulée et de plus complètement libre de toute adhérence, soit avec la face interne de la dure-mère, soit avec l'arachnoïde. Elle contient un liquide jaune séreux, fluide, non coagulable.

ATROPHIE CÉRÉBRALE.

M. VIALLOU met ensuite sous les yeux de la Société un cerveau dont un hémisphère présente une forme rare d'atrophie chez un épileptique.

Le malade, âgé de 15 ans, sans antécédents héréditaires connus, a eu à l'âge de sept ans une violente crise convulsive qui a duré deux heures. Les renseignements manquent sur les circonstances qui ont accompagné cette crise. A la suite de cette première attaque, le malade a eu le membre supérieur gauche contracturé, puis les muscles se sont atrophiés et rétractés en produisant des déformations : l'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras et la main à angle droit sur l'avant-bras ; les doigts sont légèrement fléchis dans la paume de la main. L'intelligence s'est affaiblie. Depuis cette première attaque, le malade a eu des crises épileptiques franches très fréquentes : pendant son séjour à la ville il en prenait plusieurs par jour. État de mal qui se termine par la mort.

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

A l'autopsie on constate une atrophie cérébrale tout l'hémisphère droit et plus particulièrement le lobe pariétal; l'hémisphère gauche est particulier. — L'hémisphère droit pèse 303 g et le gauche 618 grammes. Sur l'hémisphère droit se trouve une membrane blanchâtre, épaisse, ne présentant d'adhérences avec la face externe de l'hémisphère que la face interne de la dure-mère.

L'examen histologique de la substance corticale a été fait par M. le docteur Royet, qui a constaté une presque complète destruction des cellules nerveuses dans les zones les plus atteintes par l'atrophie et la prolifération névroglieuse.

TUBERCULOSE DES CAPSULES SURRÉNALES.

M. WEILL présente les capsules surrénales d'un homme qui succomba avec tous les signes d'Addison, mais sans pigmentation prononcée.

RÉSECTION DE L'INTESTIN.

M. Maurice POLLOSSON fait une communication sur la résection de l'intestin. Il cite un cas de résection contre nature suivi de guérison.

Il insiste sur l'extrême gravité des anus contre nature : dans les hôpitaux on n'a jamais vu guérir, et ne croit pas que ses cas soient mieux partagés. Il fait remarquer que les anus contre nature qui vivent viennent de la campagne et sont produits après des phlegmons herniaires et guérissent ou par la simple incision.

M. L. TRIPIER partage entièrement l'opinion de M. Pollosson sur la gravité de l'anus contre nature établi sur les anses herniaires amenées à l'hôpital.

M. Ch. AUDRY rappelle une statistique récente de Mi

sonnellement eu à traiter 28 hernies étranglée fit l'anus contre nature, et tous les malades réséqua l'intestin, 14 malades guérissent et 7 r

M. FOCHIER fait quelques réserves ; il insi contre nature établi systématiquement en fixa est en effet une mauvaise pratique. Il faut se rieusement on pourra traiter l'anus artificiel. la résection en cas de phlegmon stercoral.

M. POLLOSSON. Il ne s'agit pas de phlegmo très-rare à l'hôpital, mais de hernies étranglée combien il a vu guérir de ses malades après l' ficiels

M. FOCHIER est obligé de convenir qu'il n'e s'agissait d'une malade de sa clientèle atteint étranglée. Cette femme avait une tumeur fibreu intestinal ; l'intestin était ouvert assez bas por tives puissent ensuite s'accomplir convenable opérée de son anus et guérit.

M. POLLOSSON fait remarquer qu'on pourrait faut inciser simplement les hernies étranglées d'avoir lu une brochure d'un médecin de cam semblable conduite ; mais il a oublié son nom.

M. ICARD dit qu'il entendit un jour Barrier glée et gangrenée dont il fit, sans succès d'aille n'avait jamais vu guérir d'anua contre nature

M. CHANDELUX, à propos de la discussion s inspiré la thèse récente de M. Tostivint. Il n opération dans la hernie étranglée. La mort s'élève à 85 %. Or, la résection de l'intestin a tive donne une mortalité de 35 % qui peut s'a ques considérations accessoires. Donc la résect dans la hernie étranglée est supérieure à l'anu pas d'intervention ultérieure. Il ne faut pas fa sphacèle étendu de l'intestin. Les contre-indica et consistent surtout dans le phlegmon du sac de l'intestin.

M. Chandelux a insisté sur la libération du l'intestin. La section cunéiforme est mauvais importantes peuvent être coupées

Il emploie la suture à deux étages. Chaque p deux points de la muqueuse. Les deux parti archoutées l'une dans l'autre.

L'opération durera environ une heure ou un

M. GANGOLPHE a opéré environ 80 hernies étranglées. Ces malades arrivent souvent tard à l'hôpital. Tous les cas d'anús contre nature qu'il a établis sont morts.

Dans les fistules stercorales spontanées on constate assez souvent au contraire des guérisons, sans employer même l'entérotomie.

Dans un cas il pratiqua la résection, mais le malade était infecté et mourut cachectique. Il faut bien savoir que si on attend trop pour pratiquer l'entérorrhaphie, elle devient très difficile, le bout inférieur se rétrécit et oppose de grandes difficultés. Il ne faut pas attendre que le malade soit cachectique. Les malades non cachectiques font plus facilement du tissu de réparation et du tissu adhésif. Il donne la préférence à la soie pour les sutures. Le catgut se résorbe parfois trop vite. Il est quelquefois difficile de placer des points de suture près du mésentère. Chez les animaux la meilleure suture est celle de Lambert modifiée par Czerny. Si une parcelle de matière fécale tombe dans le péritoine, les chiens meurent.

M. POLLOSSON. Dans les hôpitaux, les malades sont perdus souvent parce qu'ils arrivent trop tard en chirurgie. Dans un cas il opéra par exemple une hernie étranglée avec phlegmon du sac qui était plein de pus. Il pratiqua l'anús contre nature, après avoir réduit le reste des anses intestinales herniées qui avaient été parfaitement désinfectées avant la réduction. Le malade est mort non de péritonite, mais de son anus.

Lorsque la portion herniée est le gros intestin, vaut-il mieux pratiquer l'anús contre nature ou l'entérectomie ? Grandes différences de gravité de l'anús suivant les points où il est établi. On obtient de bons résultats dans les tumeurs du rectum ; dans l'intestin grêle, au contraire, la mort arrive aussi souvent que dans les anus pratiqués pour hernie étranglée. Or dans les hernies étranglées on trouve le plus souvent l'intestin grêle.

Pendant de longues années, neuf ou dix ans, il n'a pas pratiqué l'entérorrhaphie ; il la fait maintenant volontiers.

M. CHANDELUX répond à M. Pollosson que le phlegmon n'est pas une contre-indication à l'entérorrhaphie. C'est aussi l'opinion de M. Bouilly. M. Chandelux ne possède qu'un cas. Le phlegmon cause des adhérences dont la rupture peut exposer la vie du malade. M. Pollosson a certainement raison de distinguer les entérectomies de l'intestin grêle et celles du gros intestin. Mais les observations ne le disent jamais.

L'entérorrhaphie sur le gros intestin est très embarrassante à pratiquer à cause de la différence de calibre des deux bouts. Dans un cas de cancer de l'S iliaque, après avoir réséqué 15 centimètres, il eut de grandes difficultés, les sutures tiraient. Mort après 36 heures. Le malade avait souffert de grandes douleurs abdominales. À l'autopsie, les points pro-

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES

avaient lâché, les superficiels avaient tenu. Peut-être passé dans le péritoine. En un mot, son expérience pour juger de la gravité suivant tous les cas.

ANGOLPHE préfère la soie, lui préfère le catgut chromé. La soie peut faire mèche ; si un point passe ces matières peuvent être drainées par capillarité et p...

ANGOLPHE. Je crains que le catgut chromique mais d'ailleurs il ne se résorbe pas plus que la soie. D'globent la soie et empêchent certainement ce drainage.

MOLLOSON. Dans plusieurs cas je me suis servi de

BOULAY a pratiqué trois fois la résection de l'intestin en pièces.

un premier cas, il s'agissait d'un malade de M.

un deuxième cas, phlegmon stercoral au dixième jour le Gusenbauer ; guérison.

un troisième cas, hernie étranglée au quatrième jourait été pratiqué ; sac suppuré ; résection ; suture deade se levait depuis longtemps, quand au bout deil prit un point de côté, de la gangrène pulmonairedemi après l'opération. C'est en somme un succèsapplication était due à une infection secondaire.

érorrhaphie est une excellente opération.

ture de Gussenbauer est la meilleure, car elle est plusun temps ce que Czerny fait en deux.

h. AUDRY dit que la gravité de l'état général ne peut être une suffisante contre-indication de la résection. ment grave, il fit la suture (Czerny-Lembert) en m ; il fit une suture continue pour la rangée séro murt aux accidents péritonitiques, on peut y trouver l le péritoine, soit par un procédé ordinaire, soit d'apr n.

WHITE TUBERCULEUSE DU GENOU ; AMPUTÉ

DURAND, interne des hôpitaux, présente le r droit d'une femme amputée au tiers m dans le service de M. le prof. L. Tripie

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

ostéo-arthrite tuberculeuse du genou et don les renseignements suivants :

Dans les antécédents de cette malade, on trouve la mère morte à 35 ans d'affection inconnue morte en bas âge et un autre encore porteur vertébrale qui pourrait bien être un mal de Pott. Elle-même tous les attributs de la scrof cutanés et ganglionnaires. Jamais elle n'a joui de la santé.

Les premiers symptômes de sa maladie ont débuté en février 1891. A son entrée à l'hôpital, son genou n'avait plus d'aucun mouvement. On constatait une tumeur énorme remontant dans la cuisse de presque tout le tiers inférieur. Les tissus péri-articulaires étaient infiltrés par le pus qui s'était fait jour à la partie supérieure. On voyait une fistule de formation récente.

En raison du mauvais état général, de lésion déjà avancées et surtout de l'étendue des lésions, le professeur Tripier ne voulut pas tenter la résection, l'amputation qui fut faite le 6 novembre.

En examinant la pièce, on trouve surtout une arthrite. Les masses musculaires de la cuisse sont envahies par de larges foyers suppurés qu'on retrouve en remontant jusqu'au niveau des jumeaux.

Les lésions articulaires consistent en une destruction de la synoviale et en des érosions des cartilages et de la rotule.

Mais ce que cette pièce présente d'intérêt est un gros tubercule qu'on trouve en sciant les gros os. Allongé suivant l'axe de l'os, il renferme de masses caséeuses un séquestre mobile. Il est situé très haut au-dessous de l'articulation, à 3 centimètres au-dessus du plan passant par l'extrémité des condyles, à 2 centimètres au-dessus du fond de l'échancrure intercondylienne.

Il résulte de cette disposition que si nous avions fait la résection, ce tubercule n'aurait pas été touché, alors que le chirurgien, trompé par le

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

culaires, aurait cru faire une opération radicale, comptant sur un résultat définitif. Ce tubercule avec l'extérieur en avant par une ouverture, bordée d'ostéophytes. En arrière, il estivé à la limite du tissu osseux.

ration, l'état de la malade s'est sensiblement amélioré, la température a baissé, l'appétit est devenu meilleur, paraissent se relever un peu.

rouve ce fait très intéressant. L'arthrotomie avec curage méthode suffisante. La résection n'aurait pas supprimé tout plus fréquente qu'on ne le croit. Il a jadis présenté un cas analogue, la pièce figure dans l'article que M. Vincent a publié dans la *cyclopédie de chirurgie* sur les arthropathies scrofuleuses, sont de véritables tuberculoses osseuses latentes qui échappent au chirurgien non prévenu.

fait remarquer que rien à l'extérieur ne permettait de soupçonner l'existence de ce foyer. Dans le cas présent on ne pouvait pas faire une résection. Il existait des fusées purulentes et arthritiques trop avancées; mais le tissu osseux lui-même était intact. On ne constatait pas de gonflement périostique ni de dépôt d'un tubercule central. Donc la résection n'est pas capable de mettre à l'abri des lésions osseuses locales. L'amputation est nécessaire. M. Tripiier n'est pas partisan des amputations partielles, mais on doit bien savoir que la lésion peut être profonde et que le trait de scie de la résection, et quand on le suppose, devient nécessaire.

DE TRÉPANATION CHEZ UNE PETITE FILLE AFFECTÉE DE CONVULSIONS ; AMÉLIORATION ; MORT SUITE DE TUBERCULOSE ; AUTOPSIE : TUBERCULE CÉRÉBRAL HÉMISPHERE DROIT.

Chef de clinique des maladies mentales, lit une note sur la trépanation chez une petite fille présentant

la première partie (Mémoires), p. 207.)

Depuis longtemps on sait que des convulsions réglées se produisent chez les enfants pour être épileptique ou épileptisant. Ces cas se

très embarrassants pour le diagnostic. Souvent il n'y a pas d'hérédité. Ainsi, après une rougeole les facultés intellectuelles s'affaiblirent jusqu'à l'idiotie. Le malade ne parle plus, il a des colères impulsives, avec agitation extrême, les mouvements se produisent toujours à peu près les mêmes, avec une sorte d'acharnement maladif, et surtout à droite. La parole était dans ce cas abolie. On crut bien faire de pratiquer la trépanation à gauche. Et on eut raison, car l'intelligence revint, l'impulsion disparut, et la parole avec elle. Dans des cas analogues, dont le choix est évidemment très difficile, on a donc le droit d'intervenir. L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'un tubercule. Le malade n'avait jamais présenté de paralysie permettant de poser un diagnostic très exact de la cause.

Une autre observation publiée par le docteur Chaballier est analogue à celle-là.

Donc, il suffit de modifier, d'une façon inconnue encore, l'état circulatoire ou humoral d'un hémisphère pour que les convulsions disparaissent. Les congestions de voisinage, admises jadis, sont probablement la cause de l'excitation de la substance de l'encéphale.

Il faut ajouter qu'il peut se faire des rappels de symptômes pathologiques, ce qui permet de faire rentrer la pathologie nerveuse dans la pathologie ordinaire. Si une lésion nerveuse peut ne pas causer de symptômes pendant longtemps, une cicatrice ancienne peut déterminer de véritables rappels de ces symptômes sous une influence toxique. Ainsi dans l'urémie ces rappels de symptômes pathologiques sont classiques.

Raymond a vu des rappels de symptômes dus à une ancienne cicatrice d'un hémisphère.

C'est par un procédé peu différent que M. R. Tripier, voulant démontrer que les chiens ayant subi une opération sur le cerveau, ne guérissaient jamais complètement, rendait très apparents des troubles moteurs presque disparus, en faisant absorber de la morphine à ces animaux.

Dans le cas actuel, c'est au moment de la période agonique, avec congestion asphyxique, que les symptômes ont reparu.

Chez les épileptiques, les veines diploïques, les orifices osseux sont rétrécis. Le trépan peut donner issue au surplus de sang veineux qui devrait s'éliminer par le diploë.

Ces dernières années, il a été démontré que les produits chimiques toxiques produits dans les centres nerveux pouvaient donner lieu à ces rappels de symptômes dus à une ancienne cicatrice.

Il en résulte que certaines maladies nerveuses ne donnent de symptômes que quand le malade s'intoxique, et un grand nombre de mode d'intoxication peuvent provoquer ces symptômes.

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES

MOUVEMENT DES YEUX DANS LA

AVAIS lit un travail sur les mouvements de la lecture.

(Voir la première partie (*Mémoires*), p. 10.)

Je remercie M. Bravais de son intéressante contribution si claire qu'il nous a faite du travail de lecture que c'est l'habitude qui fait que nos mouvements de lecture se font plus facilement de gauche à droite que de droite à gauche, et chez les Juifs de l'hébreu, si chez eux l'allure du mouvement est de gauche à droite, et chez les Chinois de haut en bas. L'application que M. Bravais veut faire aux langues, je lui demanderai si ses conclusions sont exactes et des mensurations ou si elles sont simplement approximatives. M. Bravais reconnaît que ses conclusions sont plutôt approximatives. M. Bravais est aussi de cet avis. Dans quelques langues, les lettres ne sont pas supportées. Il faudrait habituer le lecteur à lire les lettres espacées, ou à lire de la musique comme les Chinois rapprochés.

LE PANCRÉATIQUE DU FERMENT GLYCOLYTIQUE

Je remercie M. Bravais, en son nom et au nom de M. Bravais, de son travail sur le ferment glycolytique existe pendant

Je remercie encore une expérience très simple que M. Bravais a faite sur un chien les nerfs du pancréas ont été enlevés. On les voit d'ailleurs se régénérer et le chien porte bien après cette opération.

La circulation artérielle du pancréas pendant deux ou trois jours on pratique l'expérience de M. Bravais deux fois plus de ferment glycolytique est devenue plus active dans la circulation artérielle. Donc au lieu de ferment glycolytique dans le sang, l'expérience est simple et très démonstrative.

HÉMATURIE INTERMITTENTE PROVOQUÉE PAR LA MARCHE;

Par le docteur M. LANNOIS.

L'hématurie est un symptôme commun dans les affections des voies urinaires et même dans les affections du rein. Chez le malade dont j'ai présenté des échantillons d'urine à la Société des sciences médicales, cette hématurie, qui me paraît bien manifestement d'origine rénale, a un caractère particulier : elle ne se reproduit que si le malade a fait une marche un peu prolongée, ou plus exceptionnellement lorsqu'il se livre à un travail fatigant comme de graver des lettres dans la pierre. Voici d'ailleurs l'histoire du malade.

Hématurie intermittente provoquée à volonté par la marche et la fatigue. — Albuminurie légère persistante. — Douleur au niveau du rein droit.

G.. (Jean-Marie), 32 ans, marbrier.

Père et mère vivants et bien portants. Un frère, mécanicien de la flotte, bien portant. Un autre frère a eu une affection pulmonaire qui a été soignée par Roussel (qui l'aurait présenté comme guéri à une Société); il habite l'Algérie. Une sœur bien portante.

Pas d'antécédents personnels.

Ne se souvient que d'un abcès dans l'aisselle dans l'enfance. A neuf ans, le lundi de Pâques, après avoir beaucoup marché, il eut une seule fois une miction sanglante et n'en eut pas depuis jusqu'à son passage à l'école de gymnastique de Joinville.

Avait été en Algérie de 17 à 20 ans, employé à des travaux de carrier, mais n'a jamais eu aucun accès de fièvre palustre.

Nie également tout antécédent vénérien. Il boit un peu : mais jamais d'alcool et seulement du vin léger du pays; d'ailleurs seulement depuis trois ou quatre ans. Avant ne buvait jamais.

En 1881, il fut envoyé à l'école de gymnastique de Joinville où il eut à faire des exercices violents : au bout d'un

mois il se mit à uriner du sang, mais en petite quantité après les exercices. Il n'en urina une forte quantité qu'après une marche d'essai de 53 kilomètres. Mais le lendemain n'y paraissait plus. Lorsqu'il devint moniteur, il fut obligé de faire de grands efforts musculaires à faire, et les mictions sanglantes recommencèrent.

Il n'en eut même plus pendant une période de plusieurs mois bien qu'il travaillât assez fort. Mais en 1890 il fit une excursion d'une carrière éloignée de 8 kilomètres et fit le trajet à pied. Au mois de février il commença à uriner du sang en petite quantité après avoir marché, puis après avoir travaillé. Jamais le refroidissement n'a amené une miction sanglante. Actuellement, il urine du sang en petite quantité après une marche de 2 ou 3 kilomètres, ou après un travail; il suffit pour cela qu'il fasse un peu de travail sur la pierre ou le marbre.

14 octobre. Ce matin le malade a marché de 6 heures à 8 heures 1/2. Il rend devant moi une urine rouge et trouble dès l'émission.

Laissée au repos, cette urine donne un sédiment en majeure partie de globules rouges, beaucoup de leucocytes et des cellules très volumineuses, granuleuses, avec un gros noyau central (rein?). Quelques cellules épithéliales, quelques rares débris de cylindres granuleux (conformés en partie) de globules rouges. De plus, corps nettement circonscrits, gros comme deux ou trois globules blancs et dont quelques-uns ont un petit noyau brillant.

La miction sanglante se fait sans aucune douleur, sans aucun des symptômes généraux (frisson, fièvre, etc.) qui se trouvent dans l'hémoglobinurie.

Le malade est de petite taille, très vigoureux et très fortement musclé. Ne se plaint que d'un léger degré de douleur sur les jambes et surtout du côté droit. Depuis son malade il se souvient d'avoir eu une douleur dans le flanc droit; parfois il y appliquait des briques chaudes, se faisait faire une compression, etc. Actuellement il se penche sou-

côté pour infléchir le flanc. C'est une douleur sourde, comme un léger point de côté, qui revient surtout le matin et lorsqu'il a marché.

L'examen ne montre aucune lésion d'organe. Rien au poumon.

Le foie est un peu volumineux et déborde les fausses côtes. La rate paraît également un peu volumineuse.

En arrière du rein droit le malade indique un peu de douleur spontanée, mais rien à la percussion ni à la pression. La région n'est pas empâtée et on ne sent rien d'anormal.

15 octobre. L'urine émise deux heures après l'urine sanglante contient encore du sang, mais pas celle de 5 heures du soir. Il y en a encore un peu dans l'urine de la nuit, ainsi que le montre bien le dépôt. Le malade l'explique par une longue promenade fatigante au Musée. L'urine de la journée, qui ne contient pas de sang, renferme de l'albumine comme les autres. Tous les échantillons sont un peu troubles.

Il a marché encore pendant deux heures (itinéraire encore plus fatigant qu'hier, a marché vite exprès) : sa miction de 9 heures est comme celle d'hier.

17 oct. Hier le malade a été à Fourvière et Loyasse dans la journée : comme il n'avait pas marché le matin (16), son urine était seulement albumineuse. Ce matin l'urine de la nuit paraît colorée par du sang, et de fait dans le dépôt il y a encore de nombreux globules (examen fait le 18). Le dépôt est épais, muqueux et offre toujours les mêmes caractères.

18 oct. Le malade est resté au repos couché toute la journée d'hier. Son urine de 4 heures, 6 heures et de la nuit contient toujours le petit anneau d'albumine : la quantité est d'ailleurs minime. Au-dessus anneau d'urates. A l'examen microscopique, quelques rares globules rouges.

17 nov. Le malade a été renvoyé chez lui : je lui ai conseillé le repos, une alimentation surtout végétale et le lait, l'abstinence de toute boisson alcoolique, l'emploi de l'ergotine et du tannin, et enfin des ventouses sèches sur le flanc

droit tous les huit jours. Sous l'influence de ce traitement, il s'est fait une amélioration notable : le malade peut faire deux ou trois kilomètres sans que son urine cesse d'être limpide et la douleur au niveau du rein droit a disparu au bout de huit jours. Le malade vient alors me revoir. L'urine du repos est claire, elle laisse se former un dépôt grisâtre contenant du mucus, quelques globules blancs et quelques rares globules rouges. L'urine émise après le voyage, qui est long et fatigant (car il dure près de sept heures, et a été fait en troisième classe), contient manifestement des globules rouges et on les voit nettement à l'œil nu dans le dépôt.

18 nov. Le malade a encore marché très vite ce matin pendant une heure trois quarts et l'urine qu'il émet devant moi à l'hôpital est nettement sanguinolente et trouble, mais la couleur cependant est incomparablement moins foncée que celle d'il y a un mois. Le malade n'éprouve plus la douleur au niveau du rein. Le dépôt est formé d'un nombre considérable de globules rouges et de globules blancs en quantité. Ce sont ces différents échantillons d'urine que j'ai l'honneur de présenter à la Société, et sur lesquels il est facile de voir les différences de coloration et de dépôt indiquées.

Je n'insisterai pas davantage sur ce fait. Il est évident qu'il s'agit là d'une congestion passagère du rein amenant à sa suite la rupture de quelques anses vasculaires et le passage du sang dans l'urine. L'histoire du malade m'avait été écrite avant qu'il ne fît le voyage de Lyon, et l'on aurait pu croire qu'il s'agissait d'un de ces cas d'hémoglobinurie comme on en voit survenir parfois sous l'influence de la fatigue (Fleischer, Dubois) : l'examen direct de l'urine a suffi pour réduire à néant cette hypothèse.

Il est bien probable que les reins, ou plus exactement, que le rein droit présente une lésion, comme en témoigne la persistance d'un léger degré d'albuminurie ; mais il est difficile de la préciser. Le fait que le malade a uriné du sang à

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

l'âge de neuf ans élimine l'idée d'une affection pa
comme on en voit parfois à la suite de séjour dans
chauds (le malade a travaillé au chemin de fer de M
d'ailleurs l'examen du dépôt que M. Drivon a bi
pratiquer ne lui a rien révélé dans cet ordre d'idées

L'hypothèse d'une tumeur du rein est évidemme
table, mais peu vraisemblable en raison de la long
de la maladie.

Le malade sera d'ailleurs suivi ultérieurement
voulais aujourd'hui qu'appeler votre attention su
assez singulier d'une hématurie revenant à volc
l'influence d'une cause déterminante toujours la
pour ainsi dire exclusive, la fatigue.

M. CORDIER demande si les hématuries ont été très abon
moment avec présence d'urine albumineuse entre les accès.

M. LANNOIS. Oui, à plusieurs reprises.

M. CORDIER croirait à une tumeur du rein. Ces tumeurs peu
longtemps latentes. Il a vu un cas mettre dix ans à évoluer.
vait trouver de tuméfaction rénale. De plus, dans le cas de M
localisation d'un côté est en faveur d'une tumeur.

M. LANNOIS fait remarquer que le début des accidents de
remonte à dix-huit ans, c'est-à-dire presque le double de la
parle M. Cordier.

M. L. TRIPIER. Le diagnostic se fait souvent par exclusion.
turie est très abondante, la tumeur est sûrement volumineuse e
est très affirmatif sur ce point. Le diagnostic d'une tumeur de
possible dans ce dernier cas.

M. CORDIER. Chez le malade auquel il fait allusion on av
une tumeur de la vessie, on avait eu la sensation avec l'explo
caillot engagé dans l'uretère au niveau de la vessie.

GOÎTRE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ.

M. LYONNET, interne des hôpitaux, présente d
anatomiques provenant d'un nouveau-né. Le 12
entraîné à la maternité de la Charité une femme en
vail avec une présentation du siège, mode des pied

L'extraction se fit sans incident aucun, mais u

enfant restait dans l'utérus en présentation du cent fit la version et amena un enfant qui quatre ou cinq fois, et ne donna plus signe une demi-heure de respiration artificielle. L'enfant était très volumineux, presque double d

L'autopsie a montré une hypertrophie tr deux lobes de la thyroïde. La trachée était ce goître, et l'enfant n'a pu respirer.

La mère de cet enfant présente elle-même date de plus de quinze ans.

On se trouve donc en présence d'un goître nital et héréditaire ayant rendu impossible p né la vie extra-utérine.

Les faits de goîtres congénitaux ne sont Betz, Stoltz et Bach, Béraud, Malgaigne, He Houel, Virchow, en ont cité des cas.

De même l'hérédité a souvent une influence c'est ainsi que Friedreich cite le cas d'une fa et cinq enfants étaient atteints d'hypertrophie

RACHITISME ET OSTÉOGLASIE.

M. LEVRAT, interne des hôpitaux, présente d'un enfant de quelques mois atteint de déformations remarquablement accentuées. Le trait en ostéoclasies multiples. L'enfant est mécor l'amélioration est considérable.

LYMPHANGITE SYPHILITIQUE SECONDAIRE

M. CORDIER fait une communication sur la sypilitique secondaire. Il n'a trouvé que quatre

Chez deux malades il s'agissait d'un gonflement poplité. Chez l'un surtout il était très marqué trième cas il s'agissait d'une lymphangite ép Résolution rapide sous l'influence d'un traitem

Analogie dans tous les cas : tuméfaction des gros troncs lymphatiques. Mais le ganglion correspondant n'était pas tuméfié. Douleur modérée, non augmentée pendant la nuit. Évolution très éloignée des accidents secondaires; plutôt secundo-tertiaires. Les enfants étaient scrofuleux. Dans les quatre cas la syphilis avait été grave.

Il faut les distinguer des lymphangites faisant communiquer les régions de ganglions voisins, ces derniers appartiennent à la période secondaire et sont des lymphopathies secondaires au même titre que les adénopathies de la même période.

Enfin, chez un dernier malade, homme de 32 ans qui avait eu une syphilis antérieure de plusieurs années, il reconnut une lymphangite noueuse du dos de la verge. Pas de lésion locale (herpès, etc.) expliquant cet accident qui était donc syphilitique.

Chez un autre malade, la nature syphilitique fut reconnue à cause de la présence d'accidents papulo-tuberculeux disséminés.

KYSTE ANCIEN DE LA RATE.

M. BONNET, interne du service de M. Bouveret, présente une rate d'une femme de 40 ans, morte cachectique avec anasarque et ascite. Cette rate offre un gros kyste hydatique dont les premiers symptômes assez vagues se manifestèrent la première fois à l'âge de dix-sept ans par des douleurs vives dans l'hypochondre gauche et la sensation d'une tumeur mal délimitée. Depuis lors, jusqu'à son entrée à l'Hôtel-Dieu, la malade ne ressentit aucun malaise. A ce moment, M. Bouveret pensa à une tumeur de l'estomac ou à un kyste hydatique de la rate. La malade eut une pleurésie et mourut au milieu de symptômes péritonéaux. A l'autopsie on trouva une tumeur de l'estomac et ce kyste de la rate. Ce dernier resta donc latent pendant de longues années.

TRAITEMENT DE LA RÉTRACTION DE L'APONÉ
MAIRE PAR LES SECTIONS MULTIPLES SOUS-C

Par le docteur M. GANGOLPHE.

Le malade que nous avons présenté à la Société médicales a été opéré il y a un plus de trois se une rétraction de l'aponévrose palmaire l'emplument de travailler. C'est un rhumatisant, suje leurs dans les membres et qui avait eu une sci l'an dernier; pas d'autres manifestations articul cérales. Ses parents sont morts à un âge avan était rhumatisante.

Il y a trois ou quatre ans environ, cet homm la profession de menuisier, s'aperçut que l' l'auriculaire gauches ne pouvaient s'étendre qu plètement; les mêmes phénomènes se montrère droite. Bientôt cet ouvrier, dont les doigts étaie lement fléchis sur les outils, fut dans l'impossib même à une demi-extension à gauche. Finaler laire et l'auriculaire de ce côté arrivèrent à touc de la main et à interdire tout travail.

A son entrée dans le service, nous constaton d'une double rétraction de l'aponévrose palmai les deux derniers doigts sont fléchis habituell peuvent être étendus suffisamment pour perme de tenir le manche d'un outil. Il est facile de présence de brides fibreuses résistantes émanée vrose et se rendant aux parties latérales des et deuxièmes phalanges; de plus, la peau rugue crevassée transversalement, paraît adhérer fo tissus sclérosés sous-jacents et doit constituer important à l'extension. Cependant, malgré le ment imparfait de cette main, le malade déclatenter et réclame seulement que nous lui libéri derniers doigts de la main gauche. Ceux-ci, e

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

absolument fléchis; la pulpe des dernières phalanges fortement appliquée sur la paume, et l'on ne peut la redresser suffisamment pour placer un porte-écaille. La rétraction est à son maximum, et se trouve encore par ce fait qu'il y a certainement aussi de l'arthrite des articulations phalango-phalangienne culaire et de l'annulaire. Depuis assez longtemps le malade a été obligé de faire enlever sa bague par le gonflement et des douleurs dont l'articulation était le siège.

Nous décidons d'opérer ce sujet par des sections cutanées faites à l'aide d'un ténotome sur les points résistants. L'anesthésie faite, nous pratiquons seize ténotomies sur la paume de la main et les dernières phalanges. Les tentatives de redressement furent vaines, à cause de la sclérose et des adhérences. Dans les points correspondant aux nodules et où la peau se déchire, et nous sommes forcés d'inciser radicalement dans l'étendue de 4 ou 5 millimètres par avec la pince à griffes et les ciseaux courbes sur tranchant pour enlever les fragments scléreux. D'autre part, les lésions osseuses s'opposent absolument à un redressement parfait des phalanges. Nous mettons alors quelques points de suture. Après pansement la main est placée sur une palette.

Suites simples. Le résultat, comme on peut le voir, est satisfaisant, et dans quelques jours le malade pourra reprendre son travail.

N'y aura-t-il pas de récurrence? Il est probable qu'il y en aura; mais aucune méthode ne peut empêcher la rétraction. La prétention de guérir radicalement cette affection est vaine. Sans doute on pourrait songer à l'ablation des parties scléreuses et à la greffe par la méthode italienne modifiée. Mais c'est une opération d'une certaine gravité; or souvent on a affaire à des vieillards; et quelle peau pourrait-on greffer sur celle de la paume de la main?

Comme l'indique Trélat dans ses Cliniques, ce traitement ne donnerait sans doute pas de bons résultats: il n'est donc pas nécessaire d'y recourir dans les cas de gravité moyenne.

en dirons autant des sections transversales à ciel ouvert de Dupuytren, rectangulaires de Richet, triangulaires de Bush. Il est possible chez certains malades d'obtenir le redressement par les sections multiples sous-cutanées. Indiqué par A. Cooper, Richet, Fergusson, Adams, Trélat..., ce procédé nous a donné un succès complet sur un malade guéri il y a deux ans à l'Hôtel-Dieu. C'était un charpentier non rhumatisant qui présentait une bride fibreuse étendue de l'aponévrose palmaire au côté externe de la deuxième phalange du pouce. Très marquée à droite, cette bride était à peine visible à gauche; le pouce droit était maintenu dans l'adduction et légèrement fléchi; le derme ne paraissait pas pris. Je présentai ce malade à M. Rollet qui s'occupait alors des déformations de la main des verriers, et l'opérai par des sections sous-cutanées multiples. Huit jours plus tard, le sujet partait guéri, très heureux de pouvoir travailler librement.

On peut donc dans certaines rétractions peu graves employer les sections sous-cutanées seules; et dans les cas plus prononcés les combiner avec les incisions superficielles; parmi celles-ci nous choisirions de préférence celle de Bush. On ne fait subir aucune perte de substance au tégument, les nodules fibreux peuvent être extirpés et la réunion obtenue.

En résumé, nous pensons que la rétraction de l'aponévrose palmaire est justiciable de divers traitements suivant l'étendue des lésions. Lorsque l'aponévrose seule est rétractée, la peau intacte ou à peu près complètement intacte, le procédé de choix est l'incision longitudinale dans le sens des brides, suivie de l'extirpation de celles-ci. Le sujet est-il âgé, atteint de tares organiques, la bride peu épaisse, on pourra employer aussi avec avantage les sections sous-cutanées multiples comme sur notre malade opéré à l'Hôtel-Dieu.

Mais quand les lésions sont complexes, lorsque la peau est fortement sclérosée, crevassée, adhérente, et constitue un obstacle encore plus important que les tissus fibreux, on doit se contenter de demi-mesures. On ne peut songer à l'extirpation des parties malades, il faudrait enlever le tiers

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

de la peau et de l'aponévrose palmaires ; le meilleur prendre est de faire des sections multiples sous-combinées avec quelques incisions superficielles, linales permettant l'excision partielle des nodules. Souvent enfin on ne pourra pas obtenir un redressement marqué à cause des lésions articulaires coexistantes.

M. ICARD a vu récemment encore un malade opéré par M. pour une rétraction de l'aponévrose palmaire limitée à l'annulaire et au petit doigt. Cette dernière avait été réséquée en totalité. Le résultat est très bien, le résultat est parfait.

M. GANGOLPHE demande s'il existait aussi de la sclérose du derme après la réponse négative de M. Icard que les deux cas sont différents. Chez le malade qu'il vient de présenter la peau était modifiée dans sa vitalité, le derme sclérosé, toute section pouvait compromettre la vitalité si diminuée.

M. L. TRIPIER. La différence établie par M. Gangolphe est importante à conserver. Dans un cas de ce genre une section étendue peut déterminer de la gangrène. Pour lui, il a réussi dans un procédé très ingénieux qui consiste à bien délimiter le territoire à enlever tout en respectant les plans sous-jacents et surtout la gaine du nerf. Il dissèque un lambeau dont la base répond à la partie où se trouve le moins de vitalité. Après avoir mobilisé le lambeau, il le suture et gagne deux à quatre centimètres et redresse les doigts. Chez un malade atteint de chimie opérée dans ces conditions les résultats sont brillants.

PARÉSIE DU MEMBRE SUPÉRIEUR.

M. LEMOINE présente un malade atteint de paralysie du membre supérieur gauche, avec atrophie marquée sur les muscles deltoïde, biceps, triceps et long supinateur. La contractilité faradique et galvanique est conservée. Les muscles contractiles sont très nettement diminués, non seulement dans les muscles atrophiques, mais encore dans les extenseurs des doigts et les extenseurs propres du pouce et de l'index. En fait on ne constate de réaction de dégénérescence que dans les muscles. La contractilité est diminuée dans la sphère des nerfs musculocutaneux, circonflexe, radial, bien conservée dans le reste du membre.

Le malade atteint de ces accidents a sa mère, c

nerveuse, atteinte depuis quatre ans d'une parésie semblable du bras gauche. Lui-même est très irritable, mais ne présente à l'heure actuelle aucun accident imputable à l'hystérie. Depuis deux ans et demi, employé chez une couturière à porter des fardeaux n'excédant jamais le poids de 15 à 20 kilogr., porte les fardeaux dans une caisse munie d'une courroie qui comprime la clavicule et le creux sus-claviculaire. C'est à cette cause que doivent être attribués les accidents actuels, l'état de névropathie dans laquelle il se trouve de par ses antécédents héréditaires semblant en être la cause prédisposante.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE PHÉNIQUE.

M. LANNOIS, médecin des hôpitaux, présente des pièces (estomac, œsophage, larynx, langue) provenant d'un malade empoisonné par l'acide phénique pur (solution à 90/100).

M. Lannois, qui publiera l'observation, insiste sur l'absence de l'hypothermie rectale, contrairement aux données classiques.

M. ARLOING. L'empoisonnement par l'acide phénique a un caractère spécial. Dans le cas de M. Lannois, il faut considérer l'intoxication elle-même et l'action caustique. Lorsqu'on plonge une patte de poulet ou de coq recouverte de ses écailles dans une solution phéniquée forte, la mort arrive au milieu des convulsions et probablement par réflexe, car dans ce cas l'absorption ne peut se faire.

Dans le cas de M. Lannois, au contraire, l'absorption a eu lieu par l'intestin et les bronches.

M. WEILL. Dans les injections sous-cutanées d'acide phénique préconisées autrefois, on notait constamment des accidents d'hypothermie, avec grand frisson.

M. L. TRIPIER fait remarquer qu'en chirurgie on admet l'hypothermie comme classique. Kocher a publié de nombreux cas et a exclu de sa pratique d'antisepsie l'acide phénique, comme produisant fréquemment le collapsus et de l'hypothermie.

M. G. Roux, il y a quelques années, alors qu'il pratiquait la médecine à la campagne, ayant eu une opération de hernie étranglée à effectuer, fit des pansements à l'acide phénique. Il constata un érythème inter

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

localisé. En même temps la température était tombée trois et quatre jours. Il supprima alors l'acide phénique.

M. LAURE a constaté de l'hypothermie dans les fièvres à l'acide phénique.

M. PATEL émet l'hypothèse que dans le cas de M. Lamie a pu être passagère et ne se manifester qu'antérieurement de la température rectale.

TUMEUR DE L'APPENDICE VERMIFORME DÉVELOPPÉE EN UN SAC HERNIAIRE INGUINAL GAUCHE CÔTÉ DU CÆCUM ;

Par G.-N. JOSSEBRAND, interne des hôpitaux.

X..., âgé de 64 ans, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Il n'a jamais eu de maladies graves, et en particulier il n'a jamais eu de phénomène pouvant faire songer à l'appendicite ou à l'appendiculaire.

Il est porteur depuis 18 ans d'une hernie inguinale gauche qui jusqu'à présent n'a occasionné chez lui aucun trouble sérieux. D'après ce qu'il raconte, depuis 18 ans sa hernie n'est pas complètement réductible, mais néanmoins la faire rentrer assez pour qu'il lui permette de porter un bandage et de vaquer à ses occupations.

Il y a un mois, à la suite d'un accident, il est tombé du haut d'une voiture sur le côté droit. Depuis ce jour, sans aucun mal, sa hernie augmenta de volume et devint difficile à réduire et à contenir.

Depuis trois jours sa hernie est devenue irréductible, sans effort, ni traumatisme. Il a, depuis ces trois jours, essayé de la faire rentrer ; un médecin fait également des tentatives dans ce sens sans résultat. Il a de la constipation, sans arrêt de selles, et des gaz. Quelques vomissements bilieux, mais il ne vomit pas et son état général est resté assez bon.

A son entrée à l'hôpital, dans le service de M. le Dr. Poncelet, le malade présente les symptômes

Hernie inguino-scrotale gauche présentant à peu près le volume de deux poings. Sonorité à la percussion sur toute son étendue. Hernie molle, non tendue, non douloureuse à la pression. Anneau inguinal assez large pour admettre l'extrémité du doigt et, malgré cela, pas d'expansion pendant la toux et irréductibilité complète.

La palpation révèle en outre autour du pédicule l'existence d'un corps dur, du volume d'une noix, non douloureux, paraissant faire corps avec le contenu de la hernie dont il est impossible de l'isoler.

A part les vomissements rares et peu abondants, pas de phénomènes péritonéaux, tels que douleurs, ballonnement du ventre.

Après anesthésie on fait une nouvelle tentative de taxis aussi infructueuse que les précédentes et la kélotomie est pratiquée par M. le professeur Poncet.

Après incision des téguments et du sac, on arrive sur une masse d'intestin fixée au sac en quelques points par des adhérences celluluses lâches que l'on peut facilement déchirer. Le paquet intestinal étant isolé on constate qu'il est constitué.

1° Par le cæcum qui occupe la partie postéro-externe de la hernie, et se trouve fixé à ce niveau par une adhérence charnue de Scarpa. Notons en passant que le sac entoure complètement les viscères herniés, comme c'est le cas le plus fréquent d'après les travaux de Tuffier;

2° Par une courte portion du côlon ascendant;

3° Par 15 à 20 centimètres d'intestin grêle.

L'intestin ne présente pas de lésions bien appréciables; il n'est ni rouge ni distendu; on ne trouve pas de liquide épanché dans le sac.

Au milieu des anses d'intestin grêle auxquelles il est légèrement adhérent, se trouve un corps dur, du volume d'une noix qui se prolonge par un pédicule long d'environ 5 centimètres, gros comme le petit doigt, vers le cul-de-sac du cæcum sur lequel il s'insère. Il s'agit évidemment de l'appendice vermiculaire malade, on le résèque après l'avoir lié.

L'opération est ensuite terminée très facilement, les adhérences sont déchirées sans peine, l'intestin est réduit, le sac lié et l'on termine en plaçant cinq ou six points de suture réunissant les piliers de l'anneau inguinal.

Localement, les suites opératoires furent simples : malgré une infiltration sanguine assez abondante qui se développa autour de la plaie, il n'y eut pas de suppuration ni de phénomènes péritonéaux. Les vomissements cessèrent, les selles se rétablirent le quatrième jour. Mais dès les premiers jours après l'opération, le malade fut pris de délire qui augmenta progressivement, sans que rien, soit du côté de l'appareil pulmonaire, soit du côté des autres organes, ait pu en donner l'explication. Le malade sortit de l'hôpital dans cet état et nous ne savons ce qu'il est devenu.

L'observation que nous venons de rapporter nous paraît intéressante à un double point de vue : hernie du cæcum siégeant à gauche, et tumeur herniaire développée dans l'appendice vermiculaire du cæcum.

Du premier point nous ne dirons rien : en effet, les données anatomiques que nous possédons sur les hernies du cæcum sont assez complètes depuis les travaux de Tuffier, Broca, etc., pour que notre observation qui est loin d'avoir la précision d'une dissection anatomique apprenne rien de nouveau.

Mais nous voulons insister quelque peu sur la tumeur de l'appendice que présentait notre malade. Cette tumeur a, comme nous l'avons dit, le volume d'une noix : elle est lisse, arrondie, dure à la pression. Le pédicule qui la supporte a la grosseur du petit doigt, il est régulièrement cylindrique et présente une consistance fibreuse. La coupe montre qu'il est constitué par un tissu blanc grisâtre, homogène : on peut au moyen d'un fin stylet retrouver à son centre la lumière de l'appendice.

Sur une coupe de la tumeur, on la trouve formée par une poche de la grandeur d'une amande, remplie d'une substance molle qui présente tous les caractères des matières

rales. La paroi qui limite cette poche est mince sur la partie supérieure de la tumeur, et paraît constituée seulement par les tuniques normales de l'intestin; mais la partie inférieure, à l'endroit d'où se détache le pédicule qui la supporte, la paroi est toute différente, elle est épaisse d'un centimètre et demi et paraît constituée à l'œil nu par une submuqueuse fibrillaire de coloration blanchâtre.

Le professeur agrégé Bard a bien voulu pratiquer l'examen histologique de cette paroi et nous communiquer à ce sujet les renseignements suivants :

Il a porté sur deux fragments, l'un pris sur le pédicule, l'autre sur la paroi épaisse de la poche.

Poche et tumeur. — On constate une paroi fibreuse contenant dans son épaisseur quelques éléments musculaires ne formant pas une couche continue. En dedans de cette paroi existe une zone de un centimètre et demi environ d'épaisseur, constituée par du tissu cellulo-adipeux nettement délimité par des travées conjonctives. On ne constate pas en dedans de tunique muqueuse. Il est vraisemblable qu'il s'agit d'un lipome sous-muqueux.

Pédicule. — Masse cellulo-adipeuse cloisonnée par une charpente connective épaisse et limitée en dehors par une paroi conjonctive dans laquelle on trouve des éléments musculaires ne formant pas de couche continue.

La pièce que nous venons de décrire est donc complexe : elle est caractérisée par la production d'un kyste contenant de la matière stercorale et transition lipomateuse diffuse du tissu conjonctif sous-muqueux de l'appendice sur presque toute son étendue.

D'après les ouvrages classiques de Cruveilhier, de Broca, on sait que le kyste sous-muqueux de l'intestin s'observe rarement. Comme nous ne possédons aucun chiffre nous permettant d'établir la fréquence de cette lésion, il nous suffit de retenir ce fait intéressant de la production d'une telle lésion à l'appendice, et de l'étendue de la même lésion qui paraît avoir envahi la totalité de l'organe.

C'est ce qui est plus intéressant encore, et peut-être uni-

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

que, c'est de voir une pareille tumeur se développer dans un sac herniaire. Dans une revue générale de Lejar *Gazette des hôpitaux* de 1889, sur les tumeurs péri-herniaires, on voit qu'une fois seulement l'appendiciforme a pu être le point de départ d'une de ces tumeurs. Il s'agit d'un cas de Wölfler où l'on trouva une transposition kystique de l'appendice vermiforme hernié. Notre cas n'est d'être rapproché du précédent, et bien que le malade la tumeur de l'appendice ne paraisse pas à cause des accidents que présentait sa hernie, il ne faut pas que le seul fait de son existence est assez intéressant pour mériter les quelques développements dans lesquels nous venons d'entrer.

CHANCRE SYPHILITIQUE EXTRA-GÉNITAL

M. PAULY présente un malade venant du service de M. le Dr. Cordier. Ce malade offre un chancre syphilitique du dos, à l'étendue de la paume de la main. Ce malade, âgé de 35 ans, aurait reçu sur le front une planche qui lui fit une plaie à la place de laquelle s'est développé le chancre. Ce chancre s'accompagnait d'un engorgement ganglionnaire du même côté, c'est-à-dire à gauche.

Au moment de son entrée dans le service, le malade présentait une éruption secondaire : plaques muqueuses à la bouche, de la verge, alopecie. En même temps on trouva à la pommette droite une plaque large comme une pièce de 5 francs, ayant tous les caractères d'un chancre induré, accompagnant à son tour d'un engorgement ganglionnaire du même côté. Ce second chancre, si on admet qu'il s'agit d'un chancre, débuta un mois et demi après le premier sur le front.

Pour M. Cordier, il s'agirait non pas d'un second chancre induré, mais bien d'un accident secondaire présentant les caractères d'un accident primitif.

M. HORAND inclinait à penser qu'il s'agit plutôt d'une secoussion. Ces faits sont évidemment très rares, mais il ne les considère pas impossibles.

M. CORDIER. Sur la verge on a trouvé une ulcération beaucoup plus petite qui a disparu et qui était un accident secondaire. Il ne faut pas insister sur son interprétation, mais le cas est extrêmement rare.

COMPLICATIONS AURICULAIRES AU COURS DE LEUCOCYTHÉMIE.

M. LANNOIS présente des coupes du labyrinthe prises chez un leucocythémique chez lequel il était survenu, huit mois avant la mort, des accidents du côté des oreilles internes.

Le malade était leucocythémique depuis 1887 et a eu plusieurs séjours dans les deux services de clinique. Au mois de septembre 1890, le malade en voulant lever de son lit fut précipité à terre dans une crise mais ne perdit pas connaissance. Il voyait tous les objets tourner autour de lui et éprouvait dans les oreilles des bruits intenses : quand on l'eut relevé, il se mit à marcher et continua ainsi pendant trois jours de suite. Il avait ce même laps de temps un vertige continu qui l'obligeait à garder le lit et paraît n'avoir eu que de la diminution mais le troisième jour en quelques heures, l'ouïe a disparu complètement.

Pendant toute la durée de son séjour dans la salle de clinique le malade ne présenta plus de grands accès de vertige sauf en février, mais il fut tout le temps dans un état de vertigineux qui le forçait à garder le lit ou à ne faire que quelques pas dans la salle avec beaucoup de précaution.

L'examen direct montrait une surdité absolue. Si l'on criait dans l'oreille soit directement, soit avec un cornet acoustique, il n'entendait qu'un bruit vague qui n'était transmis par les os du crâne (diapason *ré*³) que faiblement sur les dents et sur l'apophyse mastoïde. L'examen au miroir montrait du côté du tympan une

légère sclérose ne paraissant pas avoir une très grande importance, car les tympans étaient mobiles; on attribua celle-ci aux tamponnements qu'on avait dû faire à plusieurs reprises pour des épistaxis graves. Le malade disait qu'auparavant il entendait bien.

En présentant ce malade aux élèves de la clinique du prof. Lépine en décembre dernier, je faisais remarquer que le diagnostic de syndrome de Ménière ne présentait pas de difficulté : chute brusque sans perte de connaissance, vertiges avec sifflements intenses dans les oreilles, vomissements, surdité complète s'installant rapidement, ce sont là des symptômes classiques. J'ajoutais que la lésion probable était une double hémorragie dans le labyrinthe.

De fait, il est facile de voir à l'œil nu sur les coupes qu'il y a de grosses lésions dans le vestibule dont les deux parties, utricule et saccule, sont remplis par un exsudat d'un blanc jaunâtre. Au microscope cet amas est formé de fibrine, de globules blancs, de quelques débris de globules rouges avec çà et là de petits dépôts brun noir d'origine hématique. Cet exsudat se trouve également dans les ampoules des canaux semi-circulaires et dans le premier tour de spire du limaçon dans la rampe vestibulaire. Toutefois, de ce côté il est difficile d'affirmer les lésions, les coupes étant assez mal réussies par défaut de fixation des éléments au moment de l'autopsie (les rochers n'ont pu être mis dans l'acide osmique que quarante heures après la mort). En tout cas ces lésions sont minimes, car les éléments essentiels (organes de Corti) étaient en place.— Il s'agit vraisemblablement d'un exsudat hémorragique en voie d'organisation, car dans un petit fragment j'ai trouvé un vaisseau de nouvelle formation, ramifié, à parois minces, renfermant des globules rouges et blancs.

J'ai trouvé une lésion inattendue et très visible du côté des canaux semi-circulaires des deux côtés. Le canal semi-circulaire membraneux est intact, mais le canal semi-circulaire osseux est absolument oblitéré par du tissu osseux bien formé et présentant des lacunes remplies de tissu conjonctif et de vaisseaux.

Certains auteurs ayant admis la possibilité de la transformation des exsudats leucocythémiques en tissu conjonctif, par conséquent en un tissu susceptible de devenir osseux, on pourrait discuter ici cette hypothèse. Pour ma part, je croirais plus volontiers que le malade avait eu déjà auparavant une lésion de l'oreille qu'il ignorait plus ou moins complètement, comme il arrive si souvent de le constater dans la pratique otologique.

C'est ici le lieu de faire remarquer combien sont rares les complications de la leucocythémie du côté de l'oreille, alors qu'elles sont si fréquentes du côté de l'œil. C'est que précisément si l'on examine avec soin les observations qui ont été publiées, on s'aperçoit vite que les seuls malades qui ont des complications de ce genre sont précisément ceux qui étaient porteurs antérieurement de lésions de l'oreille, le plus souvent d'otorrhées, de durée plus ou moins longue. Si mon malade a eu du vertige de Ménière, c'est que vraisemblablement les lésions révélées par l'examen des canaux semi-circulaires dataient de loin.

Je ferai remarquer aussi que les lésions ne sont pas toujours les mêmes ou ne portent pas toujours au même point. Dans l'observation de Politzer publiée en 1884, la première où l'on ait fait un examen anatomique, il s'agissait d'un exsudat lymphatique en différents points du labyrinthe. Dans une observation de Gradenigo, l'oreille interne était intacte et il y avait des hémorrhagies dans l'oreille moyenne. Dans la première observation de Steinbrügge, il s'agissait d'une hémorrhagie labyrinthique et dans la seconde d'une hémorrhagie de la caisse et de l'oreille interne. Il n'existe pas d'autres autopsies et celle dont je présente les pièces est la cinquième en date (1). Les lésions auriculaires de la leucocythémie sont donc rares, mais l'attention étant appelée sur ce point, il est probable qu'on n'en laissera plus échapper comme on le faisait avant la communication de Politzer.

SONDE DANS LA VESSIE D'UN PROSTATIQUE.

M. COIGNET met sous les yeux de la Société les organes génitaux d'un vieillard mort de péritonite et donne sur ce cas les renseignements suivants :

Il s'agit d'un vieillard âgé de 71 ans, qui se sondait depuis six ou sept ans, et qui entra dans le service, il y a quelques jours, pour une rétention aiguë d'urine, occasionnée, dit-il, par sa sonde qu'il avait lâchée dans sa vessie.

Son état général était grave, l'abattement et la prostration étaient considérables, la température élevée et il répondait avec peine à l'interrogatoire.

Néanmoins, avant de faire une taille, M. Poncet explora le canal avec une sonde en gomme ; par cette manœuvre il chargea la sonde du malade entre la paroi du canal, et grâce à quelques aspérités dont elle était couverte, il put la retirer sans aucune violence. Il ne s'écoula absolument aucune quantité d'urine au moment de l'extraction, et on put faire ensuite très facilement le cathétérisme de la vessie avec une sonde à grande courbure ; il en sortit des urines purulentes très fétides.

Mais, malgré l'extraction du corps étranger, l'état général persista à être mauvais, la température resta à 40°, l, il ne s'alimenta pas et s'éteignit au bout de trois jours avec des phénomènes de septicité.

L'autopsie montra une péritonite suppurée ; les anses intestinales tapissées par des fausses membranes ; en relevant le paquet intestinal on put voir du pus séreux assez abondant dans le petit bassin. En soulevant la vessie, on vit le liquide augmenter de volume comme s'il existait un orifice par où cet organe pût se vider. En enlevant les organes et en fendant l'urètre on put constater la présence d'un trajet, d'une fausse route qui allait de la portion prostatique de l'urètre au cul-de-sac postérieur du péritoine, aboutissant dans la cavité péritonéale.

Il existe également une autre fausse route avec abcès à la portion antérieure de l'urètre.

Les lobes de la prostate sont volumineux, ain lobe médian.

Le rein gauche contenait du pus.

Rien dans les autres organes.

Le malade, en se sondant, se sera donc fait ce route; il a été amené à enfoncer d'autant plus sa s ne voyait apparaître aucune goutte d'urine. La s devait être très obtuse.

La sonde a amené la rétention par sa présence d ensuite en pressant d'arrière en avant sur le lobe n la prostate qui forma ainsi une véritable valvul trice.

Il ressort de ce fait, c'est que la région prostatiqu peu sensible chez ces malades; il a fallu que l'anest assez profonde pour qu'il ait pu traverser sa prost est aidée par l'insensibilité obtuse générale qui ex tous ces malades en proie à un empoisonnement cl D'où l'obligation de leur empêcher de se servir, les laisse se cathétériser eux-mêmes, de tout ir rigide, sonde en gomme; seule la sonde molle en ce ne peut causer aucun accident.

Ce cas démontre en plus également qu'avant de taille pour un corps étranger que le malade raco laissé tomber dans sa vessie, il faut toujours e canal. M. le professeur Poncet a observé un fait : dans sa clientèle l'année dernière; un malade racon laissé dans sa vessie un morceau de sa sonde, et l'examen la partie brisée tomba à terre.

PURPURA INFECTIEUX.

MM. COURMONT et LANNOIS communiquent les qu'ils ont obtenus par l'ensemencement du sang d'u atteint de purpura infectieux. Ils font passer des du microorganisme. Ce dernier est un streptocoq

M. G. Roux. Cette observation a une grande analogie avec celle qu'il a publiée en collaboration avec M. Lannois. Il s'agissait alors d'un staphylocoque trouvé dans des adénies généralisées. Le malade ne présentait pas, il est vrai, de purpura, mais était très hémophylique. En second lieu le staphylocoque poussait très difficilement dans les premières générations. Les microorganismes étaient peu nombreux et contenus dans l'intérieur des ganglions. Il faut donc se souvenir dans les affections ganglionnaires qu'il faut ensemercer de grandes quantités de produits pathologiques.

Une troisième analogie consistait en ce que ce staphylocoque avait été trouvé dans le sang et dans les ganglions hypertrophiés. Chez les animaux inoculés les ganglions s'hypertrophièrent.

M. Roux a observé un cas analogue au précédent dans le service de M. Colrat. L'enfant portait des adénies généralisées et mourut très rapidement ; aussi il fut peu suivi cliniquement. Un ganglion extirpé deux heures après la mort, et trituré, donna le staphyl. pyogenes aureus.

Le sang ne donna rien. Donc, dans quelques cas le microorganisme peut être localisé dans les ganglions et, à d'autres périodes de la maladie, être entraîné dans la circulation.

Ces deux organismes streptocoque et staphylocoque ont donc été constatés dans des maladies infectieuses bien différentes de celles connues jusqu'à présent comme relevant de ces microorganismes.

OBSERVATION DE TÉTANOS.

M. MICHON : Je viens vous communiquer l'observation d'une malade du service de M. le professeur Bondet, atteint de tétanos.

Le vendredi 4 décembre dernier, une jeune fille de 15 ans faisait une chute le soir dans un endroit mal éclairé devant l'écurie de la Compagnie des tramways. La tête porta sur un rail et il se produisit, au niveau de la queue du sourcil droit, une plaie régulière longue de 2 cent. environ.

Cette plaie parut tellement insignifiante que les parents n'y firent, pour ainsi dire, pas attention et que la jeune fille continua à se rendre à l'atelier où elle travaillait habituellement.

Mais à partir de ce moment, elle ressentit quelques douleurs dans la mâchoire et dans la région temporo-maxillaire du côté de la blessure.

Surtout, son sommeil devint très agité. La nuit on la croyait profondément endormie, elle se réveilla en sursaut, écartait vivement les bras, et appelait comme si elle était en proie à une grande terreur.

Les choses allèrent ainsi pendant quelques jours.

Dans la nuit du mercredi au jeudi (9-10 cours) c'est-à-dire cinq jours après l'accident, la malade fut prise subitement d'un violent accès de suffocation. Lacroix, appelé aussitôt, constata que les mâchoires étaient très fortement serrées. Il prodigua ses soins à la malade sans pouvoir améliorer sa situation.

Celle-ci fut amenée à l'hôpital le même jour dans le service de M. le professeur Bondet. Neuf heures après son entrée avec M. le docteur Roques.

Elle avait des accès de suffocation très violents. Les mâchoires étaient toujours serrées. Le masséter droit était contracturé. Le côté gauche de la face s'était relâché. La contracture s'étendait aux muscles de la nuque et de la masse sacro-lombaire.

Rien aux membres. L'intelligence était parfaitement normale.

Le vendredi matin 11 courant, malgré les applications répétées du chloroforme et de fortes doses de chlorure de potassium, la malade succomba à 9 heures du matin dans un accès de suffocation.

Une demi-heure après la mort, la température était 40°,4; 1 heure 1/2 après, 40°,1; 3 heures 1/2 après, 40°,2.

L'autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort, révéla une congestion intense des poumons, du foie, de la rate et des reins, mais aucune autre lésion.

Les reins offraient à la coupe un aspect normal. On ne trouva ni hors de la congestion signalée et la capsule se détachait facilement. On ne pouvait donc rapporter les contractures observées à une lésion rénale.

C'était à un tétanos véritable qu'on avait affaire, remarquable par la rapidité de son évolution, la

survenue 28 heures après le début des contractures et bien avant que ces contractures ne soient généralisées.

Mais ce cas est intéressant surtout parce qu'il a fourni le sujet de recherches expérimentales très nettes entreprises par M. Frenkel d'après les indications de M. le professeur Bondet dans le laboratoire de sa clinique.

TÉTANOS EXPÉRIMENTAL.

M. FRENKEL présente un cobaye chez lequel il a produit le tétanos avec le tissu de la malade du service de M. Bondet. Le tissu de la plaie, excisé *in toto* pendant l'autopsie de la jeune fille, fut broyé dans un vase stérilisé contenant du bouillon stérilisé. Deux parcelles de ce tissu ont été inoculées à un cobaye sous la peau du membre postérieur droit. C'est dans ce membre qu'ont débuté les phénomènes du tétanos chez le cobaye, après une période d'incubation qui a duré 48 heures. Trois jours après l'inoculation l'animal présente déjà du tétanos dans les muscles extenseurs du tronc du côté droit et de la tendance au tétanos, c'est-à-dire de l'hyperexcitabilité réflexe énorme dans le membre postérieur gauche. Les dessins dus à l'obligeance de MM. Briau et Pithion montrent très bien cette progression lente des phénomènes qui s'étendent de proche en proche. Aujourd'hui le tétanos est presque généralisé et la mort de l'animal est prochaine.

Le bouillon a été chauffé à la température de 80°, d'abord pendant 4 minutes, puis il a été cultivé dans le vide à la température de 37°-38°. La culture ainsi obtenue présentait déjà le troisième jour l'odeur caractéristique du bacille de Nicolaïer. Cette culture fut de nouveau chauffée à la température de 80°, cette fois pendant une demi-heure, etensemencée dans du bouillon qu'on a cultivé dans le vide à la température de 37°-38° (procédé d'isolement de Kitasato).

M. Frenkel montre des préparations microscopiques dans lesquelles on peut voir à côté de bacilles longs et minces,

d'autres en forme d'épingle et de petits clous présente des spores. Les cultures purifiées ou raffinées, ont été inoculées aux animaux qui sont en observation. Il est intéressant d'étudier l'influence de nerfs sur l'évolution du tétanos, et c'est sur ce que porteront les expériences avec le bacille isolé.

M. Frenkel a fait ses recherches dans le laboratoire de M. Arloing, sous la direction de M. Rodet, chef d'agrégé. Il est heureux de remercier ses maîtres pour leurs sages conseils et de l'hospitalité qu'ils lui ont offerte dans leur laboratoire.

EMPOISONNEMENT PAR LE HASCHICH.

M. WEILL, médecin des hôpitaux, rapporte l'observation d'intoxication par le haschich.

Il s'agit d'un garçon pharmacien qui absorbe dans l'espace d'une heure un gramme d'extrait de haschich.

Il dina immédiatement après avec bon appétit. A bout d'une heure il éprouva les premiers symptômes d'empoisonnement. Ses yeux lui semblaient tirés en dehors de l'orbite; il essaya de vomir sans résultat d'absorption; les vomissements se montrèrent pour cesser au bout d'un instant; mais l'attitude du malade persista. Il ne pouvait modifier, et se trouvait incapable de regarder à l'endroit qu'on lui en faisait la remarque. Il parvint avec peine à se redresser, mais offrait toujours une véritable attitude de torsion à gauche. Il s'agissait donc d'une torsion motrice. Il n'eut qu'un délire léger. Mais jamais la sensation d'ivresse et de béatitude ne fut signalée chez les fumeurs de haschich.

Le lendemain il était rétabli.

M. Weill a fait quelques recherches concernant des cas analogues. Ils sont d'ailleurs remarquables, par leur rareté. Il publiera l'histoire détaillée de ce cas; il est persuadé que la variété des effets constatés

décrits par les Orientaux tient à la qualité des substances employées. En Orient, en effet, les fumeurs emploient un mélange de substances aromatiques, de l'opium, du tabac, etc., etc.

Les faits indiqués dans nos pays sont en somme des phénomènes de collapsus plus ou moins avancé et d'anéantissement vague, tandis qu'en Orient ce sont des phénomènes d'idéation.

PATHOGÉNIE DE LA TÉTANIE D'ORIGINE GASTRIQUE.

M. BOUVÉRET, en son nom et au nom de M. DEVIC, fait une communication sur la pathogénie de la tétanie d'origine gastrique.

Ces auteurs ont observé trois cas de tétanie accompagnée d'hypersécrétion stomacale permanente. Ils se sont demandé quelle relation existait entre ces deux phénomènes cliniques. Ils ont compulsé en outre vingt observations antérieures dans lesquelles le syndrome clinique se rapportait certainement à l'hypersécrétion permanente dont le diagnostic rétrospectif est facile à la lecture d'une observation bien prise.

Le principal symptôme est une crise gastrique deux ou trois heures après l'ingestion alimentaire. Cette crise se termine souvent par un vomissement aqueux ou alimentaire (plus rarement). La soif est vive, l'estomac dilaté. L'appétit conservé.

Dans certains cas accompagnés d'hématémèse on trouve à l'autopsie des ulcères en activité ou en voie de cicatrisation.

On n'a pas signalé de tétanie dans le cancer ulcéré de l'estomac, ou du moins dans un seul fait de carcinome pylorique il existait en même temps une hypersécrétion permanente et un ulcère stomacal.

La dilatation stomacale, accompagnée de tétanie, accompagne aussi l'hypersécrétion permanente.

Les types de tétanie sont au nombre de 1. En général, l'affection se manifeste par un type localisé, c'est le premier type. Une deuxième forme généralisée, elle peut être mortelle, un type épileptiforme.

Les théories sont variées.

MM. Bouveret et Devic ont retiré de digestions conduites avec soin et en se rapprochant les conditions de la digestion stomacale, une substance suivante, cause très probable de la tétanie d'origine alimentaire. Ils ont eu soin d'éviter les causes d'erreur qu'on a constatées dans les expériences de Brieger. La peptoxine de Brieger est un produit artificiel qui prend naissance pendant les opérations de l'extraction, et résulte de la combinaison de ces opérations de trois éléments : la peptonne libre et l'alcool.

Au contraire, le produit d'une digestion naturelle contenant des peptones sans HCl injecté dans les veines, après avoir été refroidi, à aucun phénomène toxique. Si à ce produit de digestion naturelle ou artificielle on ajoute une quantité telle que la réaction de Giemzburg soit très prononcée, on décèle la présence notable de l'HCl à l'état libre. Ce produit traité par l'alcool dans lequel alors il est très soluble, devient très toxique et très convulsivant.

Par conséquent, étant donné un liquide contenant des peptones sans HCl libre, on peut en retirer tout d'un coup d'extrait alcoolique toxique et convulsivant. Si on y ajoute peu ou beaucoup d'HCl à l'état libre, si le HCl à l'état libre existe dans le liquide, on le neutralise par le bicarbonate de soude, on ne donne plus d'extrait alcoolique convulsivant. Le résidu noir que l'évaporation de la digestion contenant de l'HCl libre n'est pas toxique, même, il ne le devient qu'après le traitement.

Il était probable que la matière convulsivante se trouve de même dans l'estomac hypersécréteur.

la réaction de la peptone de l'HCl à l'état libre et de l'alcool.

Après avoir cherché le pouvoir toxique et convulsivant des substances qui composent le suc gastrique et celui des diverses matières à faire digérer, les auteurs ont éliminé la viande qui par elle-même est très convulsivante et très toxique, et se sont arrêtés à des digestions artificielles de blancs d'œuf cuits qui ne provoquent par injection intraveineuse que de la diurèse.

Après peptonisation du blanc d'œuf, addition de HCl à l'état libre et d'alcool, ils reproduiront des secousses convulsives après injection intraveineuse.

En prolongeant la durée des digestions artificielles, les résultats expérimentaux étaient encore plus frappants.

Il est donc certain qu'il se forme dans les estomacs atteints d'hypersécrétion permanente avec dilatation, et produisant par conséquent beaucoup de peptone, une substance convulsivante sous l'influence de l'alcool. Car outre que ces malades ne se privent pas complètement de ce dernier, les observations se rapportent à des alcooliques avérés. Ainsi il se développe une intoxication chronique pouvant aboutir à la tétanie. Si cette affection n'est pas plus fréquente, cela tient à ce que les malades en vomissant rejettent une grande partie des liquides toxiques et convulsivants.

On peut comparer cette rareté à la fréquence des phénomènes convulsifs et toxiques dus à l'urémie. Cela tient à ce que l'urémique ne possède pas la voie d'élimination des produits toxiques par vomissement.

M. Bouveret n'est pas fixé complètement sur la nature de la substance convulsivante ; mais il a prouvé cliniquement et expérimentalement que la tétanie gastrique est un phénomène d'ordre toxique. C'est une preuve de plus à apporter à la théorie de M. Bouchard sur les auto-intoxications.

EXPLORATION BIMANUELLE DU FOIE.

M. F. GLÉNARD revient sur son procédé d'exploration bimanuelle du foie, à l'occasion d'un article de Rheinsten paru

en Allemagne, et dont l'auteur semble ignorer.

(Voir la première partie (MÉMOIRES), p. 22)

M. MAYET reconnaît que le procédé d'exploration de M. Glénard est supérieur au procédé classique. Il estime que M. Glénard fait trop vite le procès des anciennes méthodes. L'étude du bord du foie est utile sans doute, mais l'examen de la face antérieure ne l'est pas moins. Le procédé classique de la paroi abdominale pour explorer la face inférieure du foie est moins sommaire que ne le dit M. Glénard.

La percussion aussi est utile. Le procédé Glénard n'est pas une percussio d'être efficace. Mais cette percussion nécessite certaines conditions d'examen en dehors desquelles elle est impossible. M. Mayet compte publier la description qu'il emploie.

M. Glénard, actuellement, fait dépendre du foie certaines attributions autrefois à l'estomac. Mais l'hépatisme-diathèse, est bien vague. Il ne décrit pas en effet de lésions correspondant à l'hépatisme. M. Mayet rejette la plupart pour lui, ce terme est mauvais et ne sert souvent qu'à l'ignorance. Il félicite néanmoins M. Glénard de ses travaux tant d'ingénieuse persévérance et avec tant de talent.

M. GLÉNARD remercie M. Mayet de ses appréciations, et ne saurait accepter le reproche qui lui est fait de condamner la palpation et de repousser les données de la percussion.

On doit toujours commencer par la méthode classique, la plus simple, parce qu'elle discerne de suite les graves et les légères lésions. Elle peut se présenter : 1° l'on reconnaît bien une lésion du foie, mais on ne peut se prononcer sur la nature ou sur les détails de cette lésion ; 2° en présence d'un épanchement dans le fond de l'hypochondre, on ne peut discerner s'il s'agit d'une lésion du foie ou de plusieurs organes simultanément atteints ; 3° on trouve que le foie est normal. Or, M. Glénard a proposé une technique d'application d'un procédé qui, dans les deux premiers cas, surmonte le plus souvent des difficultés insolubles par la palpation et, dans le troisième, étend assez le domaine d'investigation pour que désormais on ne doive plus conclure au foie normal sans avoir interrogé le procédé nouveau, le « procédé du pouce ». Il y a des cas indéchiffrables, comme dans toutes les branches de la médecine, mais il est certain que le « procédé du pouce » appliqué

du foie réduit à leur minimum les erreurs relevant des lacunes de la palpation de cet organe.

Le complément d'informations qu'ajoutent aux données de la palpation classique, celles révélées par l'application systématique du procédé du pouce, a permis à M. Glénard de décrire de nouveaux types objectifs, tels que les foies allongé, déformé, à ressaut, sensible sans autre altération, la cirrhose hypertrophique lobaire, etc. ; de proposer la notion des formes prémonitoires et des formes résiduelles d'une altération hépatique définie ; de prouver la grande fréquence d'altérations objectives du foie dans un groupe de maladies où les altérations étaient imprévues, soit comme présence, soit comme gravité. De pareils résultats l'ont engagé à conclure, non seulement que le procédé du pouce avait une réelle importance pour le diagnostic-différentiel, mais que la « fouille de l'hypochondre » par ce procédé devait être pratiquée d'une façon systématique dans toute affection où l'appareil digestif paraissait intéressé.

Quant à la valeur de la percussion dans l'exploration du foie, M. Glénard la considère comme de beaucoup inférieure à celle de la palpation. Si la percussion donne des résultats incontestables pour l'appréciation de la cirrhose atrophique ou de la limite supérieure du foie, pour les autres signes, ou bien elle risque d'égarer en méconnaissant le foie dont le lobe déformé est trop mince ou trop profondément situé pour donner de la matité, ou bien elle est inutile en présence des résultats de la palpation qui, en outre de la forme du foie, relève les notions si précieuses de sensibilité et de densité du tissu hépatique. Quelle que soit la virtuosité que l'on apporte à la percussion elle ne vaudra jamais de toucher, palper, presser le foie lui-même. A part des cas très rares, la percussion du foie est inutile ou trompeuse. Le procédé du pouce la fait encore davantage déchoir.

Avec les nouveaux éléments de discussion apportés par « le procédé du pouce », M. Glénard a-t-il le droit que lui conteste M. Mayet de se laisser aller à des considérations de pathologie générale ?

Or, il s'agit ici d'un groupe de maladies, les dyspepsies, les neurasthénies, les lithiases, les diabètes, les entéroptoses, la goutte, dont la clinique a toujours affirmé la parenté. A celui qui nierait ce lien de parenté, c'est-à-dire la nécessité d'une conception morbide générale englobant ces divers types nosologiques, M. Glénard conseille de s'exercer, comme il l'a fait, à classer quelques milliers d'observations de ces maladies, qui renferment encore tant d'espèces indéterminées. Il lui sera impossible, non seulement de se soustraire à des idées de pathologie générale, mais encore de ne se rallier à aucune des doctrines proposées, à moins d'en proposer une nouvelle. M. Mayet repousse l'expression de diathèse, mais certainement il en accepte l'idée. C'est cette idée, cette notion générale, imposée par la clinique que M. Glénard croit pouvoir traduire sous une forme concrète en cherchant des caractères de consangui-

nité pathologique, non seulement dans un principe mais dans un trouble fonctionnel localisé. Or, ce être placée dans le foie dont le trouble fonctionnel, tiplicité des causes qui peuvent la faire naître, et de fonctions du foie (uréopoièse, cholépoièse, glycopo réalise précisément cette condition de pouvoir engendr très variés conservant entre eux des traits de ressem

A l'objection tirée de l'absence d'anatomie patho oppose en premier lieu la constatation directe par altération du foie dans un minimum de 60 à 70 % des maladies du groupe qu'il propose de désigner : patisme ». Cette proportion augmente à mesure q dans la technique des procédés d'exploration L'an serait une précieuse ressource pour confirmer la objectives relevées par la palpation, mais doit-on négliger tous les autres éléments d'appréciation, et rité et au désordre qui règnent dans ce coin de la sortira jamais puisque ces maladies ne sont pas mo de leur évolution. L'anatomie pathologique est d'ail firmer, même en présence d'un organe sain en ap tion, ses sécrétions étaient normales.

Cette valeur des signes objectifs, comme argume maladie du foie, est confirmée par leur grande fréqu cisément à un groupe de maladies où la fonction du f suspecte; par le fait que l'étude des phases d'évolut exploré à plusieurs jours, semaines ou années d'int les signes de valeur contestable, comme la sensibili tion, sont bien les premiers prémonitoires, les seco affection indiscutable, comme l'hypertrophie par exer le foie peut être certainement malade, même sans objectifs palpables, ainsi qu'on le voit souvent dans biliaire, et enfin parce qu'il est inadmissible de cons tion du foie dans un catarrhe gastrique, une dyspep thénie ne commence qu'à partir du moment où l'o. rhose ou un calcul. Ces lésions impliquent, au contr fort ancienne du foie, une phase préliminaire que M période de précirrhose ou de préolithiase, et le procéd d'en révéler l'existence par des signes objectifs du côt la palpation classique ne trouve rien ou ne cherche clure à une maladie d'estomac, d'intestin ou à une neu

M. Glénard ne reviendra pas sur les autres argu l'hépatisme : les arguments tirés des symptômes subje de la thérapeutique, de l'évolution de la maladie et d morbides qui s'observent chez un même sujet. Tout c

que le foie préside chez l'individu à la pathogénie des divers types morbides qui se succèdent dans le cours de sa vie, et, chez le groupe d'individus présentant chacun un type morbide différent, à la parenté nosologique que tous les cliniciens ont consacrée.

De ce que ces malades sont tous « hépatissants », doit-on conclure que c'est le foie qui commence, qu'il est le premier intermédiaire entre la cause qui altère la santé et le trouble général de nutrition qui caractérise la maladie ? M. Glénard estime que, pour la réponse à cette question, il faut savoir discuter librement les pathogénies classiques. Pour lui, il a été affranchi de la crainte d'y toucher par ses études sur le rein mobile et sur le diabète. Le rein mobile était regardé comme une maladie très rare et quand, dans une dyspepsie ou une neurasthénie, on trouvait un rein mobile, on disait de suite : maladie du rein mobile et tous les symptômes n'étaient plus que des réflexes partis de cette mobilité. Or M. Glénard a montré que le rein mobile était très fréquent, que ses symptômes pathognomoniques avaient une origine digestive, que la maladie du rein mobile existait fréquemment, sans mobilité du rein, bref qu'il s'agissait d'entéroptose. Aujourd'hui, par une tendance inverse, quand on trouve un signe objectif de cet ordre on le considère comme secondaire, et on l'attribue à la neurasthénie.

A ce propos, M. Glénard proteste contre l'opinion qui lui a été attribuée que la neurasthénie était toujours l'expression d'une entéroptose : il croit seulement que la neurasthénie est toujours secondaire, symptomatique ; déjà à côté d'une neurasthénie par entéroptose, il a signalé une neurasthénie hépatique.

Quant au diabète, que l'on regardait comme une maladie nerveuse, et dans lequel le foie n'était qu'exceptionnellement atteint, M. Glénard a démontré que dans 60 % des cas il y avait une altération objective de cet organe et que cette altération était une hypertrophie chez 35 % des malades. Enfin il a pu établir l'existence d'un diabète alcoolique, c'est-à-dire ayant sa cause dans le foie.

M. Glénard s'est donc cru autorisé à modifier, parfois à retourner les pathogénies classiques, à chercher une localisation des signes de diathèse. Il est convaincu qu'en attribuant un rôle prépondérant à la fonction du foie, que tous les signes placent au premier rang de la pathogénie, on sera frappé de la clarté avec laquelle on conciliera la similitude d'allure des maladies dont il parle avec la variété de leurs types, et de la facilité avec laquelle on interprétera leur substitution chez un même sujet, leurs indications thérapeutiques communes, et leurs rapports avec les causes qui leur ont donné naissance.

ANALYSE BACTÉRIOLOGIQUE D'UN REIN SUPP

M. Roder présente à la Société le résultat de bactériologique à laquelle il a soumis le cas de lithase suppurée communiqué par M. Rafin dans une précédente séance.

L'examen microscopique des veines avait d'abord l'absence du bacille de Koch, et la présence d'un bacille présentant une grande ressemblance avec le *bac. coli communis*. Le rein enlevé par M. Rafin servit à faire des injections à des animaux, deux cobayes et un lapin ; ces animaux moururent, et des cultures faites avec leurs urines isolèrent un microbe qu'une étude attentive permit de reconnaître pour le *bac. coli communis*.

Ce microbe donne en effet dans les différents milieux usuels de culture (bouillon, gélatine, pomme de terre, etc.) des végétations semblables à celles du bacille d'Escherich. Sa morphologie est absolument identique à celle du bacille d'Escherich. Comme lui, il se cultive à 45°, comme lui il coagule le lait. Ses effets sur les animaux sont semblables ; le pyogène se montra cependant plus marqué tout d'abord chez les animaux inoculés directement avec le rein, qu'il ne le fut chez ceux qui trouvaient d'habitude au *bac. coli* ; mais cette différence disparaît dans les inoculations de culture.

Le bacille d'Escherich peut donc déterminer la pyélite suppurée, comme il produit la péritonite, la cholécystite, la méningite (pour ne citer que les affections les plus communes)

Il est probable que dans ces cas le microbe du colon pénètre directement de l'intestin dans le rein ; sans doute des lésions présentes dans cet organe favorisent par action mécanique la pénétration. On sait qu'il peut passer de l'intestin dans la cavité péritonéale sans lésions appréciables des tuniques intestinales.

D'après ce résultat, et en considérant que la description que MM. A. Charrin et Hallé ont donnée de leur pyogène peut s'appliquer au *bac. coli*. M. Rod

qu'à supposer que ces auteurs aient eu affaire toujours à la même espèce, la soi-disant *bactérie pyogène* n'est autre chose que le *bac. coli communis*.

KYSTE DE L'OVAIRE ET LAPAROTOMIE.

M. RENDU présente les pièces anatomiques provenant d'une ovariectomie pratiquée par lui il y a dix jours. Les suites ont été des plus simples et la malade est en voie de guérison. Il s'agissait d'un kyste très volumineux de l'ovaire qui, à un moment donné de son développement, avait fait croire par sa dureté uniforme et la coexistence d'hémorrhagies, à une tumeur fibreuse de l'utérus.

M. HORAND demande si les adhérences causées par la péritonite dont la malade de M. Rendu avait souffert antérieurement étaient nombreuses.

M. RENDU répond que ces adhérences étaient très peu développées.

ÉTRANGLEMENT DE LA VERGE PAR UNE MASSETTE D'ACIER.

M. CHAPUIS, interne suppléant chez M. Poncet, présente une aquarelle montrant un étranglement de la verge chez un vieillard provoquée par une massette d'acier dans l'orifice de laquelle le pénis avait été introduit. D'après l'observation publiée par M. Chapuis, M. Poncet fut obligé de pratiquer des incisions longitudinales de la verge et d'exprimer le liquide séro-sanguinolent pour arriver à pratiquer la réduction de ce paraphimosis d'un nouveau genre.

M. HORAND pense que le premier traitement essayé aurait dû être la compression prolongée. On obtient par ce procédé des guérisons de paraphimosis énormes ; les résultats sont souvent inattendus. L'application d'une bande élastique aurait pu amener une diminution de l'œdème. Il a autrefois professé que les paraphimosis étaient tous réductibles par la compression prolongée.

M. CORDIER le croit aussi. Il a vu chez un enfant de 12 ans une constriction très serrée en arrière du gland par un anneau métallique. La compression au moyen du procédé classique de la ficelle lui a réussi.

KYSTES HYDATIQUES DU PETIT BASSIN ET LAPAROTOMIE.

Par M. Arthur RIVIÈRE, interne des hôpitaux.

D..., âgée de 24 ans, native de Batna (Algérie), habitant actuellement le département de Saône-et-Loire, entre le 5 décembre 1891 dans le service de M. le professeur Poncet pour des tumeurs douloureuses de l'abdomen.

Antécédents. — Son père et sa mère sont morts; elle a quatre sœurs bien portantes, mais un frère mort tuberculeux.

Mariée il y a six ans, elle eut au début deux avortements au troisième mois pendant lesquels elle eut des pertes abondantes. Elle a deux enfants actuellement bien portants; son dernier accouchement remonte à mars 1889. Les grossesses et ses suites furent normales sans pertes ni dystocie.

Son mari, âgé de 26 ans, se porte bien.

Elle a habité l'Algérie jusqu'en mars 1885.

Dans son enfance, elle accuse la rougeole; une adénite aiguë suppurée, vers l'âge de 8 ans; des accès d'impaludisme ayant duré deux ans vers l'âge de 10 ans; ces accès n'ont d'ailleurs jamais reparu depuis cette époque.

L'affection pour laquelle D... entre à l'hôpital a débuté il y a environ quatre mois par des douleurs lombaires en ceinture « qui coupaient les reins de la malade », dit-elle.

Ces douleurs exacerbées au moment des règles laissaient cependant des rémissions assez longues pendant lesquelles la malade ne s'apercevait que d'un peu de « lourdeur » dans le bas-ventre. L'abdomen était, en outre, sensible à la pression, et la malade y ressentait une sorte de brûlure.

Elle dit aussi qu'elle était sujette à des coliques légères dont elle ne peut préciser le caractère.

D... n'a jamais eu de pertes hémorrhagiques en dehors de ses règles, qui elles-mêmes ne duraient que quatre à cinq jours et n'étaient pas très abondantes. Elle avait cependant un peu de leucorrhée ne tachant pas le linge, leucorrhée dont d'ailleurs elle souffrait déjà étant jeune fille.

Cette affection n'a amené aucun retentissement sur l'état général : pas de trouble des fonctions gastro-intestinales, ni du système nerveux. Pas de phénomènes de compression des organes abdominaux.

Cependant un peu de pollakurie : la malade est maintenant obligée de se lever la nuit.

L'abdomen ne paraît pas augmenté de volume ; pas d'ascite.

A la palpation de l'abdomen on sent en avant, dans la région hypogastrique, une tumeur assez volumineuse, dure et sensible à la pression.

Au toucher, l'utérus paraît volumineux ; on sent des noyaux indurés dans presque tout le pourtour utérin ; en avant, masse volumineuse et particulièrement dure ; dans le cul-de-sac droit, masse moins volumineuse et moins indurée ; en arrière, dans le cul-de-sac postérieur, masse volumineuse donnant une sensation de fausse induration, presque de rénitence qui fait penser à la présence de scybales, malgré l'absence de constipation.

Il est impossible de voir par la mobilisation de la tumeur antérieure si elle fait corps avec l'utérus.

Opération : Le 21 décembre, la malade est, après toilette soigneuse, couchée sur le lit de Treudelenburg dans la position déclive. Après incision médiane des téguments et des couches musculaires on découvre le péritoine que l'on ouvre avec précaution : il se présente alors une masse du volume d'une mandarine d'apparence fibreuse, paraissant reliée à la trompe droite par un mince pédicule qui est sectionné sans ligature : l'utérus apparaît alors un peu gros, mais sain.

Derrière l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas, on découvre une tumeur du volume du poing qu'il est impossible de décortiquer : on en est réduit à exciser la plus grande partie de la poche préalablement vidée. Cette poche a une membrane d'enveloppe très épaisse. Les ovaires présentent une légère augmentation de volume et de petits kystes sont extirpés. On découvre enfin à droite dans le tissu cellulaire sous-pariétal une dernière tumeur assez libre et que l'on

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

e facilement. Plusieurs vésicules filles remplies d'un
le clair, transparent, appendues aux parois des petits
ns sont extirpées.

xploration par la plaie péritonéale du foie, de la rate,
as décelé la présence d'autres kystes.

uinage vaginal par la gaze iodoformée, suture de la
abdominale par deux étages.

xamen des tumeurs extraites montre que les deux kys-
s culs-de-sac antérieur et postérieur sont plus volumi-
et à consistance plus ferme que les autres. Ils sont
loculaires, renfermant des loges variant de capacité
s le volume d'une noisette jusqu'à celui d'une grosse
; le kyste antérieur seul enlevé complètement montre
e de ces loges : le liquide contenu est trouble et san-
lent, alors que les vésicules extirpées de la paroi du
bassin contiennent l'eau de roche classique.

poche du cul-de-sac postérieur présente une épaisseur
onsidérable comparable comme consistance au tissu
aorte normale.

xamen microscopique a révélé l'existence des triples
de crochets caractéristiques.

le professeur Tripier qui avait vu le malade avant M. le
seur Poncet avait porté le diagnostic de fibromes uté-
t conclu à une castration. L'avis de M. Poncet fut iden-

endant en examinant attentivement cette observation
t frappé de trois faits qui, rétrospectivement, peuvent
à la rectification du diagnostic. La malade, en effet,
longtemps en Algérie, et l'on sait quelle est la fré-
e des hydatides dans ce pays ; au point de vue clini-
n outre, la malade ne présenta jamais de métrorrh-
i de phénomènes nerveux, et ces accidents sont pres-
e règle au cours d'un fibrome. Enfin, au point de vue
le toucher permettait de constater que le petit bassin
capitoné de tumeurs.

cours de recherches bibliographiques entreprises à
de ce fait, nous avons été frappés de ce que si les

traités classiques Courty, Pozzi, Auvard, Lawson-Tait, Dictionnaires, consacraient à peine quelques lignes aux kystes hydatiques du petit bassin, très rares, disent-ils; on en trouve, au contraire, de nombreuses observations disséminées.

Davaine, Freund, Finsen, disent dans leur statistique que les kystes du petit bassin sont dans la proportion de 10 à 27 % aux hydatides en général. Charcot (1852), Porak (*Gaz. hebd.*, 1884) les considèrent comme fréquents, et ce dernier en fait même une cause importante de dystocie. Enfin si l'on parcourt la *Revue* de Hayem de ces dernières années on peut en recueillir un grand nombre d'observations.

Ce n'est donc pas une affection aussi rare que le disent les classiques, et nous ajouterons que, pour notre cas tout au moins, leur description clinique qui comporte uniquement une symptomatologie d'exclusion n'eût pas conduit au diagnostic. Ils insistent en effet sur l'absence de douleurs (nous avons vu que c'est à cause de ses souffrances que notre malade a réclamé une intervention), et ils parlent peu en général de l'absence d'hémorrhagie, de la multiplicité des tumeurs, de leurs localisations périutérines, de leur induration spéciale : tous caractères qui auraient pu faire découvrir l'origine pathogénique de l'affection de notre malade.

Terminons en faisant remarquer :

1° Que la présence de tumeurs spécialement dans les parties déclives du petit bassin pouvait bien être due dans notre cas comme cela est admis en général à la simple pesanteur.

2° Que le traitement de ces kystes paraît être l'extirpation pratiquée le plus complètement possible.

3° Enfin, que chez notre malade l'existence de ces hydatides devant être probablement reculée à son séjour en Algérie, a bien pu déterminer les deux premiers avortements de la malade, mais n'a jamais déterminé de dystocie.

M. RENDU demande quel était l'état des ovaires.

M. RIVIÈRE répond qu'ils ne contenaient pas d'hydatides, mais étaient volumineux; ils renfermaient des petits kystes, mais d'une nature tout autre.

MALADIE DU CŒUR; GANGRÈNE D'UN POUCE
MEMBRES INFÉRIEURS.

M. P. BONNET, interne, présente des pièces d'une femme de 36 ans, entrée le 20 août passé dans l'hôpital, morte le 28 décembre. Elle a présenté les phénomènes suivants :

Rien dans les antécédents personnels, qu'un accès de syncope très facile, tenant à une cardiopathie antérieure. Après une journée de travail dans les champs, elle est devenue très vive dans le membre inférieur droit avec perte de connaissance; depuis, les douleurs dans le mollet. A son entrée, on constate une coloration violette foncée des quatre premiers orteils, anesthésie dorsale du pied, abaissement de la température du cœur, arythmie, mais néanmoins on trouve des éléments suffisants pour affirmer l'existence d'un rétrécissement de l'orifice aortique. Température entre 39° et 40°, urines albumineuses. Cultivé à ce moment n'a pas donné de résultat. On constate une plaque de gangrène finissant sur les quatre premiers orteils et avançant un peu sur la dorsale du pied; on n'intervint pas chirurgicalement. On surveilla de l'état du cœur de la malade; le sillon d'élimination se réduisit peu à peu, sous des pansements antiseptiques. Néanmoins, le 28 octobre on constata une gangrène du membre inférieur, qui guérit parfaitement.

Pendant le mois de novembre, la température varia entre 38° et 39°, l'état du cœur restant le même, l'état général ne modifiant pas; le 7 décembre, brusquement la malade devint extrême, point de côté, crachats sanguinolents, tous les signes d'un infarctus du poumon. Le crachement de sang très marqué. Les crachats hémoptiques persistèrent jusqu'au 15 décembre; le 21, la malade mourut. Les douleurs extrêmes dans le membre inférieur gauche et le membre inférieur droit étaient également très douloureuses. Les phénomènes persistèrent jusqu'à la mort le 27 décembre.

A l'autopsie, on constata un énorme foyer de gangrène occupant toute la partie moyenne du poumon droit avec tous les caractères macroscopiques; un rétrécissement mitral admettant à peine l'extrémité du petit doigt; dans l'oreillette gauche, deux caillots, l'un adhérent à la paroi du volume d'une noisette, l'autre occupant l'auricule et une partie de l'oreillette, très volumineux, à contenu puriforme au centre; enfin, des végétations sur les sigmoïdes aortiques. Rien au cœur droit. Nombreux infarctus dans les deux reins.

Mais les lésions des vaisseaux des membres inférieurs sont encore plus intéressantes : on constate dans l'aorte abdominale un caillot ancien, qui commence au-dessous des artères rénales et obture complètement le calibre des vaisseaux; ce caillot peut être suivi dans les artères iliaques des deux côtés, les artères fémorales et leurs subdivisions jusque dans les rameaux les plus fins. Du côté des veines, on constate dans la veine cave inférieure un caillot énorme, ayant dilaté énormément le vaisseau, à extrémité supérieure en tête de serpent, obturant complètement le calibre de la veine sur une longueur de 15 à 18 centimètres au moins; au-dessous, dans les veines iliaques des deux côtés, on trouve de nombreux caillots, mais non continus, semblant d'aspect plus récent et obturant ces vaisseaux et leurs ramifications jusqu'à l'extrémité du membre inférieur. Le gros caillot de la veine cave paraît ancien, il présente des points ramollis et à contenu puriforme; dans l'aorte et l'iliaque droite le caillot paraît également ancien, ou tout au moins plus ancien qu'à gauche; enfin, les vaisseaux artériels et veineux présentent des traces manifestes d'une inflammation ancienne déjà, ils sont surtout à droite englobés dans une gaine épaisse de tissus fibreux, qui a rendu leur dissection très laborieuse, et il est sur la plupart des points impossible de séparer, sans les déchirer, les vaisseaux veineux des vaisseaux artériels.

SUR LES FERMENTS GLYCOLYTIQUE ET SACCHAR

M. LÉPINE, en son nom et au nom de M. BARRAL quelques expériences comme corollaires à celles q déjà communiquées.

1° Si on transfuse le sang, le ferment sacchar trouve dans le sérum et le ferment glycolytique globules, ce qui explique pourquoi le ferment sacchar passe si facilement dans les urines, tandis que le glycolytique n'y passe jamais.

2° Dans l'état asphyxique le ferment glycolytique n'est pas détruit; mais si l'état asphyxique se prolonge, le ferment glycolytique disparaît complètement. Dans ces cas d'asphyxie prolongée le ferment saccharifiant peut être diminué ou légèrement exalté comme on l'avait constaté dans les expériences.

3° Dans les hyperglycémies étudiées par M. L. le ferment glycolytique est diminué. Cette loi a des exceptions. Ainsi le diabète causé par la florhizine, le ferment glycolytique est augmenté; il y a cependant diabète par excès du ferment saccharifiant.

Donc la glycémie normale est la résultante de deux facteurs qui se font équilibre, et dans quelques cas l'hyperglycémie habituellement due à la diminution du ferment glycolytique peut être causée par l'augmentation du ferment saccharifiant.

SUR UN CAS D'OSTÉOMYÉLITE.

M. CHAPUIS, interne provisoire, présente le squelette d'une jambe droite désarticulée pour des lésions d'ostéomyélite prolongée. C'est un malade du service de M. Poncelet, âgé de 22 ans, bien constitué et ne souffrant que d'un état fébrile qui remonte à l'âge de 8 ans. Après refroidissement, début de l'ostéomyélite aiguë qui envahit tout le tibia et le fémur, mais laisse l'articulation tibio-tarsienne, mais pas celle d

Un médecin fit au bout de quinze jours une longue incision d'où sortit une grande quantité de pus. Le petit malade n'en resta pas moins au lit dix-huit mois, avec un état général bon, mais des fistules intarissables. Arrivé à l'âge de 17 ans, souffrant des inconvénients nombreux de cette suppuration et d'une gêne fonctionnelle de plus en plus marquée, il consulta un médecin de Privas, qui enleva deux séquestres et plusieurs petites esquilles nécrosées. Néanmoins, la jambe donnait toujours, plus abondamment dès qu'apparaissait la saison froide. Il entre à l'Hôtel-Dieu vers le milieu de décembre; à ce moment on note un raccourcissement de 8 centimètres de la jambe malade par arrêt d'accroissement du tibia lésé, surtout dans sa région juxta-épiphysaire inférieure.

Le péroné paraît sain; arrêté en bas par le massif du tarse, il s'est développé par en haut en se subluxant et il arrive jusqu'à hauteur de l'interligne; néanmoins il a 5 centimètres de moins que le gauche, en longueur. Les mouvements d'extension sont limités dans le genou: la jambe ne peut aller au-delà de 155 à 160 centimètres; à part cette limitation, l'articulation fonctionne bien et sans douleur; en bas, ankylose absolue de la tibio-tarsienne, le pied qui est en équinisme direct accentué ne fait des mouvements que dans les articulations du tarse.

Troubles de nutrition très prononcés des parties molles, la peau est épaisse, adhérente à l'os sous-jacent toute déprimée en godets, avec trois ou quatre fistules qui donnent suffisamment. La jambe a un aspect de colonne cylindrique, éléphantiasique; à travers cette peau ainsi sclérosée, on sent un tibia très volumineux et irrégulier.

Le malade ne veut pas entendre parler d'intervention conservatrice, il réclame une amputation qui le débarrasse d'une jambe pesante, gênante et douloureuse tout en lui facilitant l'attitude professionnelle de tailleur d'habits.

Malgré la volonté formelle du malade, M. Poncet examine si l'on peut employer une méthode moins radicale. Or, trois procédés sont en présence :

1° Le nettoyage d'un os qui cache des colonies locoques, et enferme probablement des séquestres.

2° L'amputation, soit au tiers supérieur de la cuisse, soit au tiers inférieur de la cuisse ;

3° La désarticulation du genou.

Le premier procédé exigerait une canalisati^{on} du tibia, de l'une à l'autre extrémité, car d'après l'expérience clinique, on suppose avec raison des lésions sur toute la longueur de l'os. Mais on a affaire à un tibia très dur, qui sans doute n'a plus de canal médullaire, et qui sera très difficile à explorer intérieurement. Il faudrait faire dans le tibia une dévastation d'autant plus grave que les tissus périostés atteints dans leur nutrition se prêteraient peu à la cicatrisation ; à des fistules succéderaient de vastes ulcères, cent fois plus incommodes.

L'amputation faite au tiers supérieur de la cuisse a été une opération insuffisante, étant donné que la tumeur supérieure était malade, une opération mauvaise. La peau réservée à la manchette ne présentait que des conditions très inférieures de vitalité.

L'amputation au-dessus du genou était seule susceptible de bons résultats. Mais il était possible de faire l'opération avec

La *désarticulation* : opération donnant un os régulier, plus large.

M. Jaboulay la pratiqua le 29 décembre. Les os durs, sans tendance rétractile, nécessitèrent une incision antérieure de la manchette, les deux condyles furent trouvés articulaires sur leur partie postérieure et la rotule saine fut laissée.

L'examen du segment désarticulé montre que le malade avait raison de s'opposer à une amputation conservatrice, que le mode d'intervention choisi était le meilleur, c'est ce qui résulte de la description suivante :

Sous des muscles étouffés dans le tissu sclérotique, le périoste d'épaisseur et d'adhérence extrêmes

montre cylindrique, raccourci de 8 centimètres et extrêmement tuméfié, puisqu'il mesure 16 centimètres de circonférence à son extrémité inférieure aussi bien qu'à son extrémité supérieure. Sur la diaphyse, la crête tibiale est rejetée tout à fait en dehors, de façon à se trouver sur le même plan antéro-postérieur que le bord externe de la face postérieure.

Mais tout l'intérêt des lésions se concentre sur la face interne; là, à distance égale des deux interlignes articulaires, on voit une dépression profondément creusée dans l'os de 6 centimètres de longueur sur 3 à 4 de largeur, et qui était pleine d'un pus fongueux sous un pont de périoste. Tout autour, un nombre considérable de bosselures ostéophytiques, dont la plus large a le diamètre d'une pièce de 5 francs. A l'extrémité supérieure du tibia, rien de remarquable que le déjettement externe de la tubérosité antérieure; à l'extrémité inférieure, le tibia est soudé osseusement d'une part au péroné, d'autre part à l'astragale. Cette dernière union est rendue très intime par deux larges jetées osseuses bilatérales, tandis qu'au milieu un passage conduit entre les deux os. L'articulation tibio-tarsienne est donc totalement supprimée. Les lésions s'arrêtent là, et tout est normal dans le reste du tarse et du métatarse. Le péroné est sain; mais, ainsi que nous le disions tout à l'heure, gêné dans son élongation, il s'est incarné en dehors, et de plus subluxé en haut sur le tibia, auquel du reste il demeure adhérent par une capsule fibreuse très serrée.

Si maintenant on fait la coupe longitudinale du tibia pour étudier son intérieur, on voit que le processus ostéo-myélique l'a autrefois envahi en totalité. La diaphyse n'a plus de canal médullaire: une ostéite condensante l'a comblé en éburnant l'os. En haut, un foyer cicatrisé avec du tissu fibreux à la place d'un ancien abcès. L'apophyse supérieure a été touchée, mais légèrement; c'est l'épiphyse inférieure qui concentre les lésions maximum; elle est, ainsi que la portion inférieure de la diaphyse, toute creusée de grandes lignes pleines de pus, qui s'évacuait par un trajet aboutissant à la face externe. On se rend bien compte que là a été

le point de départ des lésions qui ont envahi d'emblée l'articulation tibio-tarsienne, détruit le cartilage de conjugaison et remonté toute la longueur de l'os.

NÉPHRECTOMIE PARAPÉRITONÉALE PRATiquÉE POUR
REIN TUBERCULEUX ;

Par M. A. RIVIÈRE, interne des hôpitaux de Lyon.

F..., ménagère, âgée de 25 ans, demeurant dans le département de la Loire, entre le 14 décembre 1891, dans le service du professeur Poncet pour une tumeur lombaire droite douloureuse.

Antécédents. Père mort il y a quinze ans d'affection aiguës, probablement de pneumonie.

Mère âgée de 50 ans, bien portante.

Une sœur et un frère âgés de 21 et 16 ans bien portants.

Deux frères ou sœurs morts dans la première enfance.

Mari bien portant, âgé de 35 ans, ne paraissant pas affecté d'après les renseignements de la malade de tuberculose pulmonaire ni génitale. Deux enfants bien portants âgés de 1 an ; fausse couche au deuxième mois il y a deux ans.

En somme, aucun ascendant nettement tuberculeux, peut-être le père de la malade.

Personnellement, pas d'affection dans l'enfance, et n'a eu aucun ulcère ou scrofule.

Réglée à onze ans, elle l'a toujours été normalement. Mariée à vingt et un, elle ne signale aucune affection gynoeciale dans sa seconde enfance et sa jeunesse. Elle est pendant très affaiblie par sa fausse couche qui la tint quinze jours par suite de pertes abondantes.

Ce n'est que trois semaines environ après son accouchement (septembre 1890) qu'elle commença à ressentir de la douleur en urinant et de la fréquence des mictions. Les urines étaient alors claires, dit-elle, et ne présentaient « rien d'extraordinaire ». Son dernier né n'avait d'ailleurs pas eu d'ophtalmie purulente.

L'état se maintint sans grande aggravation jusqu'au commencement d'août, époque à laquelle elle ressentit des crises douloureuses durant de quatre à cinq heures, qualifiées de coliques néphrétiques par son médecin, mais ne s'accompagnant pas d'irradiations sur le trajet de l'uretère. Ces douleurs, qui paraissent avoir été localisées à droite, déterminèrent l'examen des urines, et l'on constata la présence d'un dépôt purulent avec un magma pulvérulent où l'on ne trouva jamais de calculs plus gros qu'une tête d'épingle.

Ces coliques persistèrent pendant deux mois, quotidiennes, mais leur durée suivit leur intensité, diminua. (Injections de morphine ; régime lacté, 4 litres, eau de Vichy.)

Au commencement d'octobre, ces crises disparurent ; elles furent remplacées par une souffrance constante localisée au même point : la malade différencie cette souffrance de celles antérieurement perçues en disant : que les douleurs de ces coliques étaient brusques, fréquentes, tandis que ce qu'elle ressentait alors et ressent encore maintenant, c'est une sensation de brûlure profonde, comme si on lui labourait le côté.

Au même moment apparut dans la région lombaire droite une tuméfaction douloureuse à la palpation : les coliques et les graviers disparaissaient ; mais il survenait de la pollakiurie (la malade depuis ce temps urine toutes le vingt minutes et reste rarement même la nuit trois quarts d'heure sans uriner), et de plus la lésion retentissait sur l'état général.

La température axillaire que l'on avait prise jusqu'à ce moment s'éleva rapidement à 40° et s'y est maintenue malgré l'antipyrine et la quinine ; de plus, il y avait des symptômes gastro-intestinaux, inappétence, constipation, de l'insomnie, un amaigrissement considérable.

Actuellement, les symptômes se seraient généralement amendés depuis une quinzaine de jours. La malade n'a jamais eu d'hématurie, ses urines ne sont teintées de sang que depuis quelques jours. Elle n'a pas toussé ni craché le sang.

La quantité d'urine rendue dans les 24 heures serait pour

la malade la même qu'auparavant. Cependant pu les conserver, et nous avons vu que la m par 24 heures 1200 grammes d'urine mélangé d'une grande quantité de pus.

La malade est pâle, les lèvres décolorées e affaiblie.

On sent dans la région lombaire une tumeur l'on peut séparer de la région hépatique, tumeu la palpation une sensation d'empâtement sans et provoquant une douleur très vive.

Au toucher vaginal les culs-de-sac paraissent pendant en avant la vessie paraît volumineu douloureuse, mais en masse et sans que l'on pui des tumeurs; dans le cul-de-sac latéral droit allongée, douloureuse paraît être sur le trajet de

On pose le diagnostic de pyélo-néphrite calc basant sur l'histoire clinique de la malade, s complète de signes de tuberculose pulmonaire, mençante, à l'auscultation.

On décide une néphrotomie, mais en admett bilité d'une intervention plus radicale.

La malade, après toilette complète la veille, blimé le matin, est amenée sur le lit d'opérati cembre.

On fait une incision verticale partant des dern côtes à environ 20 millimètres en dehors du bor grand droit. Le péritoine facilement décollé, o ainsi dire, le rein qui paraît parsemé de tubercul nulations. On fait une ligature en masse du pé gane est enlevé sans difficulté, sans hémorrhag deux étages. Pansement.

Le rein, plus volumineux que normalement, l partie inférieure une tumeur mollassse qui, in écouler du sang mêlée d'un pus grumeleux. Sa sente des tubercules lenticulaires, de la gro amende, dont l'un est couvert de granulations gr section il est creusé de cavernules déchiquetées

COMPTES-RENDUS DES SÉANCES.

une matière caséeuse ; mais pas de calculs. En soit le rein caverneux tuberculeux de Ledentu.

Nous voulons insister sur le choix d'une méthode dans la néphrectomie. Pour M. le prof. Poncet, on préfère la voie latérale extra-péritonéale proposée (Soc. de chirurgie, 1885). En effet, ainsi que M. le prof. agrégé Jaboulay dans la thèse de Guillot ces incisions parapéritonéales réunissent tous les avantages. Mais il ne faut pas, comme le voulait d'abord Turrel, faire l'incision le long du bord externe du grand droit abdominal, car le péritoine est très adhérent. Il faut la faire dans « la zone libre », c'est-à-dire beaucoup plus en dehors et au-dessus des trois muscles de la paroi artéro-latérale de l'abdomen. Le rein peut ainsi facilement rester en dehors du péritoine sous les yeux (on peut par conséquent modifier l'opération au dernier moment), le hile est en outre à découvert. Cette opération de la néphrectomie que nous avons vue pratiquée par M. Jaboulay nous a paru très élégante et très sûre.

La néphrectomie ainsi comprise donne plus de résultats que la néphrectomie lombaire, car à cause de l'épaisseur des muscles on opère au fond d'un véritable tunnel que l'on est obligé de recourir parfois à des résections, toujours dangereuses au point de vue des complications pleurales.

Quant à la néphrectomie transpéritonéale, elle permet de bien voir le rein et son hile qui sont recouverts par les membranes splanchniques. De plus, elle lèse le péritoine, et seulement sous le couvert de l'antisepsie nous ne devons pas avoir de cette séreuse une crainte exagérée, il faut lui conserver un certain respect.

M. HORAND demande quel rein était malade.

M. RIVIÈRE. Il s'agissait du rein droit.

ÉRYTHÈME SCARLATINIFORME ;

Par M. ROSSIGNEUX, interne des hôpitaux.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de la clinique ophtalmologique un cas d'érythème scarlatiniforme desquamant, récidivant. Cette maladie est bien connue depuis la communication de Féréol (1) qui s'est attaché à la distinguer de la dermatite exfoliatrice, depuis le travail important publié par M. le docteur Perret dans le *Lyon Médical* en 1885, enfin depuis les descriptions qu'en ont données les divers dermatologistes, parmi lesquels notamment Kaposi dans la dernière édition de son *Traité de dermatologie*.

Mais comme cette affection est assez rare, que d'autre part le fait que nous avons eu sous les yeux présente quelques particularités, M. le professeur Gayet m'a engagé à vous la communiquer.

Voici l'observation :

B... (Claudine), 51 ans, ménagère, habitant Saint-Georges (Rhône).

Antécédents héréditaires : Père et mère bien portants, non rhumatisants, n'ayant eu que des fluxions de poitrine, morts à un âge avancé ; deux frères morts en bas âge de convulsions, une sœur atteinte de névralgies ; deux enfants morts-nés par le fait d'accouchements difficiles.

Antécédents personnels : Bonne santé jusqu'à l'âge de 48 ans ; menstruation habituellement régulière et non douloureuse, variable cependant depuis deux à trois ans ; avances fréquentes, jamais de retard. Dernières règles le 6 novembre ; trois grossesses, la première interrompue au bout de deux mois, les deux autres conduites à terme, mais pénibles et suivies d'accouchements laborieux qui ont entraîné la mort des enfants ; dernière grossesse en 1882 ; à la suite de cette grossesse, phlegmatia alba dolens qui dura peu. Comme antécédents morbides : en 1868, sciatique gauche

(1) *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1876, p. 30.

d'un mois de durée ; il y a deux ans, à la suite d'un refroidissement, douleurs et gonflement dans le bras et l'épaule gauches, ces accidents durèrent un mois. La malade habite depuis quatre ans un logement humide. Il y a trois ans, légère bronchite que l'on traita par l'application à quelques jours d'intervalle de deux topiques sur la poitrine ; deux jours après l'application du second topique, éruption scarlatiniforme très accusée et généralisée, accompagnée de troubles généraux, d'angine légère et de fièvre assez marquée et suivie, cinq jours après, d'une desquamation généralisée ; l'affection dura un mois et fut prise pour une scarlatine. Un an après, nouvelle bronchite traitée par les badigeonnages iodés et suivis d'une éruption identique à la précédente, mais moins accusée. L'éruption fut suivie à bref délai d'une desquamation généralisée ; guérison rapide en peu de jours. Deux mois après, nouvelle récurrence à la suite d'une opération dentaire ; autre récurrence deux autres mois après provoquée par la même cause ; enfin, trois mois après, nouvelle atteinte, spontanée en apparence, à la suite d'un refroidissement.

Pendant plus d'un an, pas de nouvelle récurrence, mais apparition en avril 1890 d'une affection de l'œil gauche qui fut caractérisée au début par du gonflement des paupières, de l'injection oculaire et l'apparition à la partie inférieure de la cornée d'une tache blanchâtre. Les symptômes aigus durèrent huit jours ; jamais, durant cette période, de douleurs périorbitaires ; mais l'affection se compliqua d'iritis avec adhérences qui semblent avoir été reconnues dès les premiers jours par le médecin traitant. L'affection fut traitée par les instillations d'atropine, les onctions périorbitaires d'onguent (napolitain ou belladonné) et l'iodure de potassium. Dans la suite, trouble marqué de la vision de l'œil gauche, et aussi quelques douleurs dans l'œil droit lorsque la malade s'applique à un travail de couture. La malade entre dans le service de la clinique ophtalmologique, et l'on constate à la partie inférieure de la cornée de l'œil gauche, au niveau du limbe, une tache blanchâtre triangulaire, une pupille petite, irrégulière, immobile, non dilatable par l'atropine, encombrée d'exsudats

grisâtres peu épais; vision de 1/10^e de ce côté, côté droit qui paraît sain.

12 octobre. Lavage de l'œil gauche au sublimé à 1/6000, anesthésie locale à l'aide de la cocaïne: iridectomie supéro-interne; pansements humides à l'aide du coton imbibé de la solution de sublimé à 1/6000. Pendant plusieurs jours tient le pansement dans un état d'humidité suffisante l'arrosant avec la solution indiquée ci-dessus.

15 octobre. Éruption scarlatiniforme très intense généralisée, caractérisée par une rougeur violacée, uniforme: piqueté, disparaissant à la pression, et s'accompagnant surtout principalement d'un léger gonflement de la peau partout d'un prurit assez marqué. La face est prise comme le tronc et les membres, mais à un moindre degré; ça est principalement sur les flancs et sur les côtés de l'abdomen la partie inférieure, éruption de sudamina composée de petites vésicules grisâtres groupées en traînées assez étendues début probable de l'éruption à la partie supérieure du tronc où la malade ressentit les jours précédents un peu de prurit de là l'éruption se généralisa à toute la surface cutanée. L'éruption fut précédée de vomissements qui se montrèrent deux jours avant son apparition, le lendemain même de l'opération et furent suivis dans la nuit de violents frissons puis la température s'élève (39°) et les symptômes généraux apparaissent: malaise général, céphalée, soif vive, inappétence; un peu de rougeur des amygdales et du voile du palais avec un léger piqueté; pas de douleur à la déglutition la langue un peu rouge, saburrale; température le soir, 38°.

16 octobre. Température le matin, 38°,1; amélioration de l'état général; mais prurit très accusé; l'éruption est en pleine efflorescence.

17 octobre. Apyrexie; l'éruption a pâli légèrement; voit déjà sur le tronc et les membres un début de desquamation caractérisée par un état sec et parcheminé de la couche la plus superficielle de l'épiderme, laquelle se plisse quand on pince la peau, et même s'est détachée en certains points qui ont été soumis à des frottements. En outre,

voit suivant des lignes limitant de grandes surfaces un léger fendillement de l'épiderme.

19 octobre. La desquamation commence sur le tronc et les membres sous forme de larges plaques épidermiques se détachant de la périphérie au ventre; elle est furfuracée à la face; la langue est dépouillée. Urines légèrement albumineuses, 0,50 centigrammes par litre; un peu de gonflement des mains et des pieds.

22 octobre. La desquamation continue très abondante; épiderme très épais au niveau des doigts, se détache sous la forme de véritables doigts de gant; les ongles sont épaissis, jaunâtres, et il semble à la malade qu'ils croissent plus rapidement qu'à l'état normal; elle est obligée de les couper chaque jour; la langue, complètement dépouillée, est rouge et lisse; les urines ne contiennent plus d'albumine.

4 novembre. Récidive; l'éruption est moins accusée, ainsi que les symptômes généraux. Température du soir, 38°, 9.

5 nov. Apyrexie; pas d'albumine dans les urines.

7 nov. Début de la desquamation avec les mêmes caractères; toujours pas d'albumine.

12 nov. La desquamation est presque entièrement terminée; les téguments restent toujours rouges et congestionnés; on ne trouve plus actuellement qu'une éruption psoriasiforme à fines squames sur les membres surtout; pas d'albumine.

15 novembre. La malade quitte le service.

Telle est l'observation de notre malade.

Inutile d'insister sur le diagnostic; c'est bien là depuis sa première apparition jusqu'à la dernière récidive, la maladie sur laquelle Féréol a attiré l'attention, et dont plus récemment M. Perret a apporté de nombreux exemples.

Nous ne pensons pas qu'aucune des poussées éruptives qui sont survenues chez notre malade puisse être qualifiée de scarlatine, de même qu'aucune ne puisse être attribuée à une dermatite exfoliatrice. Les deux poussées éruptives dont nous avons été témoins ont évolué avec la plus grande

iplicité et n'ont présenté aucune gravité bien que le traitement ait été insignifiant.

Une température un peu élevée (39° le matin), le frisson, la succession des deux éruptions à une vingtaine de jours d'intervalle, telles sont les particularités du cas. L'irritation des téguments et des muqueuses semble avoir été la cause occasionnelle des divers retours de l'affection la cause occasionnelle de l'apparition de l'érythème. Quant à la cause primordiale, elle ne nous apparaît pas d'une manière bien évidente. Est-ce une diathèse rhumatismale invoquée par M. Perret? Notre malade a présenté, en effet, plusieurs manifestations qu'on a coutume de rattacher à cette diathèse, une sciatique, des douleurs de côté du bras et de l'épaule gauche sur lesquelles ces parenthèses nous sommes assez mal renseignés; on des lésions iriennes que l'on pourrait aussi bien faire passer pour des lésions cornéennes qui se sont montrées dès le début de l'inflammation oculaire. Les dermatologistes font jouer un grand rôle aux intoxications médicamenteuses ou alimentaires. L'intoxication par le sublimé ou la belladone ne me paraît pas devoir être incriminée dans notre cas : les doses employées ont été minimales et la malade n'a jamais présenté de gingivite évidente. Signalons seulement pour terminer la coexistence de l'affection avec des troubles menstruels et leur survenue dans une habitation humide, et enfin l'apparition de l'affection à un âge avancé, tandis que dans les exemples cités elle s'est fréquemment montrée dès l'adolescence même dans l'enfance.

HORAND croit que le diagnostic admis par M. Rossigneux peut être tenu. Dans tous les cas les dermatologistes font jouer dans ces cas tout au moins un rôle aux intoxications en général qu'à l'état de l'intestin, c'est-à-dire aux intoxications d'origine intestinale. Les eczéma ont un exemple.

TABLE DES MATIÈRES

DES

MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

POUR L'ANNÉE 1891



Deux cas d'extraction de calculs de la vésicule biliaire, par M. RAFIN.....	3
Recherches cliniques sur l'élimination de l'antipyrine chez les enfants, par MM. S. PERRET et GIVRE.....	12
Perforation de l'appendice iléo-cæcal, par MM. P. GUILLOUD et ADENOT.....	20
Sur les récides des kystes des maxillaires, par M. Ch. AUDRY....	31
Du lait stérilisé et de sa valeur alimentaire chez les nourrissons, par M. VINAY.....	39
Présentation d'un cas de Bilharziose contractée en Tunisie et observée à Lyon[en juin 1891, par M. BRAULT.....	51
Thérapeutique des infections pyogènes généralisées, par M. FOCHIER	57
Trois cas de pleurésies purulentes consécutives à la broncho-pneumonie, pleurotomie, par M. SIEUR.....	71
Recherches sur l'absorption cutanée des substances médicamenteuses incorporées dans les corps gras, par M. GUINARD.	82
Les parasites animaux de l'espèce humaine dans la région lyonnaise en particulier, par M. J. DRIVON.....	114
Fracture de la colonne vertébrale; résection des arcs postérieurs des 5 ^e et 6 ^e cervicales; mort, autopsie, par M. Ch. AUDRY.....	171
Rapports du bacillus coli communis avec le bacille d'Eberth et l'étiologie de la fièvre typhoïde, par M. ARLOING.....	177
Résection du pylore et d'une portion de la grande courbure pour cancer de l'estomac, par M. M. POLLOSSON.....	187
Du mouvement des yeux dans la lecture, par M. BRAVAIS.....	191
Traitement de certains cals vicieux par l'ostéotomie malléolaire, par M. M. GANGOLPHE.....	200

TABLE DE MATIÈRES.

263

	M.	C. R.
Anévrysme de la crosse de l'aorte, par M. Siraud.....		22
— Discussion par M. R. Tripier.....		23
Anophtalmos et considérations générales sur cette anomalie (cobaye atteint d'), par M. Guinard.....		158
Antagonisme des forces épileptisantes et des forces stupé- fiantes contenues dans le vulnérable, par MM. Cadéac et Meunier.....		129
Antipyrine chez les enfants (recherches cliniques sur l'élimi- nation de l'), par MM. Perret et Givre.....	12	
Aponévrose palmaire par les sections multiples sous-cutanées (traitement de la rétraction de l'), par M. Gangolphe.....		214
— Discussion par MM. Icard, L. Tripier et Gangolphe...		217
Appendice iléo-cæcal (perforation de l'), par MM. Goullioud et Adenot.....	20	
Appendice vermiforme développée dans un sac herniaire in- guinal gauche contenant le cæcum (tumeur de l'), par M. Nové-Josserand.....		219
Appendicite (intervention hâtive et expectation ou interven- tion retardée dans l'), par M. Jaboulay.....		192
Appendicite iléo-cæcale, par M. Adenot.....		75
Arquebuse (des hallucinations produites par l'), par MM. Ca- déac et Meunier.....		136
Arquebuse (sur l'intoxication par l'eau d'), par MM. Cadéac et Meunier.....		67
Arrachement de l'auriculaire de la main droite avec ses ten- dons extenseurs et fléchisseurs par morsure de cheval, par M. Tuja.....		154
Arrêt de développement portant sur plusieurs côtes, par M. Durnerin.....		71
— Discussion par M. Condamin.....		73
Artère fémorale (rupture de l'), par M. Doyon.....		77
Arthrite tuberculeuse du genou, amputation, par M. Du- rand.....		20
— Discussion par MM. Gangolphe et L. Tripier.....		204
Arthropathie tabétique, par M. Courmont.....		126
Aspergillus niger (l'hématine dans l'), par M. Linossier ...		202
Aspergilline (sur l'), par M. Linossier.....		57

B

Bacille pyocyanique (action physiologique des produits sécré- tés par le), par MM. Morat et M. Doyon.....	78
Bacille de la grippe, par M. Roux.....	123

Bacille d'Eberth (périostite déterminée par le), par	
Bacille d'Eberth et du bacterium coli commune (
par MM. Roux et Rodet.....	
Basiotripsie, par M. Condamin.....	
— Discussion par MM. Icard et Blanc.....	
Bilharziose contractée en Tunisie et observée	
M. Brault	

C

Calculs de la vésicule biliaire (deux cas d'extrac	
M. Rafin	
Cals vicieux par l'ostéotomie malléolaire (traite	
tains), par M. Gangolphe.....	
Cancer de l'œsophage et gastrostomie, par M. I	
— Discussion par M. L. Tripiet.....	
Cancer du corps thyroïde, par M. Porte....	
Cancer de l'œsophage et sonde à demeure, par I	
Capsules surrénales (tuberculose des), par M. W	
Cataracte avec kéraïte et iritis, par M. L. Dor.	
Cérébrale (atrophie), par M. Viallon	
Chancre syphilitique extra-génital, par M. Paul	
— Discussion par MM. Horand et Cordier .	
Chlorure d'éthyle, par M. Grandclément.....	
— Discussion par MM. Vinay, Renaut et Gai	
Cobaye atteint d'anophtalmos et considérations	
cette anomalie, par M. Guinard	
Cœur (maladie du), gangrène d'un poumon et	
inférieurs, par M. Bonnet	
Colonne vertébrale avec paraplégie, guérison (fr	
par M. Villard	
Colonne vertébrale (fracture de la), résection de	
rieurs de 5 ^e et 6 ^e cervicales.....	
Compression de la moelle épinière, par M. Lépi	
Contagion de la stomatite mercurielle, par M. I	
Corps étranger de l'œil, par M. Rossigneux....	
— Discussion par MM. Dor et Grandclément .	

D

Développement des aortes postérieures dans l	
poulet, par M. Vialleton	

TABLE DES MATIÈRES.

265

M. C. R.

Diabète (sur la pathogénie du), par M. Lépine	6
— Discussion par MM. Renaut et F. Glénard	9
Diabète (pathogénie du), par M. Lépine	168
Diabète (lésion du pancréas et), par M. Lannois	171

E

Éclampsie très grave, sans albuminurie, consécutive à l'accouchement, crises subintrantes; injections sous-cutanées d'éther, guérison, par M. Perron	34
Ectrodactylie partielle (hémimélie bithoracique avec), par M. Paviot	124
Éléphantiasis, par M. Tournier	71
— Discussion par MM. L. Tripier, Cordier et Tournier...	71
Éminence thénar (fibrome de l'), par M. Tillier	99
Empoisonnement par l'acide phénique, par M. Lannois	218
— Discussion par MM. Arloing, Weill, L. Tripier, Roux, Laure et Patel	218
Empoisonnement par le haschich, par M. Weill	232
Empreintes considérées au point de vue médico-légal (sur les), par M. Forgeot	156
— Discussion par MM. Aubert et Forgeot	157
Empyème chez un tuberculeux, par M. Mouisset	94
Endocardite infectieuse expérimentale, par MM. Josserand et G. Roux	134
Endocardite infectieuse chez le lapin et l'homme	149
Entérectomie avec entéroraphie, par M. A. Pollosson	16
— Discussion par MM. Chandelux et L. Tripier... ..	18
Épithélioma et ostéomyélite du tibia, par M. Martel	73
Epithélioma de la lèvre, par M. Destot	5
— Discussion par MM. Bard et L. Tripier	6
Érythème scarlatiniforme, par M. Rossigneux	256
Essence de sauge, par MM. Cadéac et Meunier	75
Essence d'hysope (sur les propriétés épileptisantes de l'), par MM. Cadéac et Meunier	113
Estomac (résection de l'), par M. Pollosson	167
Exploration bimanuelle du foie par le « procédé du pouce »; introduction à l'étude de « l'hépatisme, par M. Glénard ..	223

F

Fébricitants au point de vue bactériologique (les selles des), par M. Bard	14
----------------------------------------------------------------------------------	----

Ferments diastasique et glycolytique du sang, par MM. Lépine et Barral	
Ferments glycolytiques et saccharifiants, par MM. Lépine et Barral	
Ferment glycolytique du sang, par MM. Lépine et Barral	
Ferment glycolytique (origine pancréatique du), par Lépine et Barral	
Fibrome de l'éminence thénar, par M. Tillier	
Fibrome utérin, laparotomie, par M. Curtillet	
Fibromes utérins interstitiels (énucléation par la laparotomie de neuf), par M. Jaboulay	
— Discussion par M. Rendu	
Fièvre typhoïde (rapports du bacillus coli communis avec le bacille d'Eberth et l'étiologie de la), par M. Arloing	
Foie par le « procédé du pouce » (de l'exploration palpatoire de la tumeur du); introduction à l'étude de l'« hépatisme », par M. F. Glénard	
— Discussion par MM. Mayet et Glénard	
Fracture de la colonne vertébrale; résection des arcs postérieurs des 5 ^e et 6 ^e cervicales, mort, autopsie, par M. Audry	
— Discussion par MM. J. Audry, Lépine et Ch. Audry	
Fracture de la colonne vertébrale avec paraplégie, guérie, par M. Villard	
— Discussion par M. L. Tripier	

G

Gangrène d'un poumon et des membres inférieurs; mort, par M. Bonnet	
Gastrique (pathogénie de la tétanie d'origine), par MM. Veret et Devic	
Gastrostomie (cancer de l'œsophage et), par M. Bonne	
Glycogène du sang, par MM. Lépine et Barral	
Goitre chez un nouveau-né, par M. Lyonnet	
Grippe (bacille de la), par M. G. Roux	
Grippe (propriétés pyogènes du microbe de la), par MM. Sier et Frenkel	

H

Hallucinations produites par l'eau d'arquebuse, par MM. Déac et Meunier	
-------------------------------------------------------------------------------	--

TABLB DES MATIÈRES.

267

M. C. R.

Hématurie dans l'aspergillus niger, par M. Linossier.....	20
Hématome de la dure-mère, par M. Viallon.....	197
Hématurie intermittente provoquée par la marche, par M. Lannois.....	207
— Discussion par MM. Cordier, L. Tripier et Lannois...	211
Hémimélie bithoracique avec ectrodactylie partielle, par M. Paviot.....	124
— Discussion par MM. Renaut et Bard.....	124
Hémiplégie (de la présence de microcoques dans le sang dans les cas graves d'), par M. Colrat	104
Hernie retro-péritonéale, par M. Adenot... ..	10
— Discussion par M. F. Glénard.....	12
Herniaire (ovaire et portions de ligaments large et rond dans un sac), par M. L. Dor.....	194
Herpès (sur un staphylocoque trouvé dans les vésicules d'), par M. Frankel	115
Hyperglycémie (sur le pouvoir glycolytique dans l'), par M. Lépine.....	54
Hypertrophie de la rate, par M. Tillier.....	61
Hysope (sur les propriétés épileptisantes de l'essence d'), par MM. Cadéac et Meunier.....	113

I

Identité du bacille d'Eberth et du bactérium coli commune, par MM. G. Roux et Rodet.....	179
— Discussion par MM. Bard et Arloing.....	180
Impulsions (observation de trépanation chez une jeune fille présentant des), par M. Royet.....	207
Influenza (sur un cas de névrite périphérique consécutive à l'), par M. Brosset.....	25
Insuffisance mitrale et tuberculose pulmonaire, par M. Cha- potot.....	63
— Discussion par MM. Lépine et R. Tripier.....	63
Intervention hâtive et expectation ou intervention retardée dans l'appendicite, par M. Jaboulay.....	192
— Discussion par MM. Fochier, L. Tripier, Laure, Chan- delux et Jaboulay	193
Intestin (résection de l'), par M. M. Pollosson.....	199
— Discussion par MM. L. Tripier, Ch. Audry, Fochier, Icard, Chandelux, Gangolphe, Jaboulay et Pollosson	199
Intoxication par l'eau d'arquebuse, par MM. Cadéac et Meu- nier.....	67

TABLE DES MATIÈRES.

K

de de l'ovaire, par M. A. Pollosson....
 on par MM. Chandelux, Rendu, L. Tr
 n.....
 axillaires (sur les récidives des), par M. C
 rant de l'ovaire, par M. Rendu.....
 ins et calculs, par M. Commandeur....
 on par M. Ch. Audry.....
 de la rate, par M. Bonnet.....
 aire et laparotomie, par M. Rendu.....
 on par MM. Horand et Rendu.....
 iques du petit bassin et laparotomie, par

L

et de sa valeur alimentaire chez les r
 d. Vinay.....
 on par MM. Catrin et Courmont.....
 pour fibrome utérin, par M. Curtillet...
 (deux cas de), par M. Curtillet.....
 de neuf fibromes utérins interstitiels (é
 , par M. Jaboulay.....
 ie (complications auriculaires au cours
 mois.....
 ire et abcès du foie, par M. Jeannin ...
 on par MM. Renaut et Lépine.....
 hrectomie pour un cas de), par M. Rafi
 syphilitique secondaire par M. Cordier
 och, par M. Courmont.....
 on par M. Clément.....
 ur les récidives des kystes des), par M. C

M

nylparaméthoxychinolin (sur le), par M.
 s le sang dans les cas graves d'hémiplé
 de), par M. Colrat.....
 r la variabilité des propriétés pathogèn
 nkel.....
 auto-intoxication, par M. Navarre....
 re (compression de la), par M. Lépine .

TABLE DES MATIÈRES.

269

	M.	C. R.
Monstre humain double, par M. Adenot.....		164
Mouvement des yeux dans la lecture (du), par M. Bravais..	191	
Myocardite segmentaire, par M. Artaud.....		13
— Discussion par M. Renaut.....		14

N

Néphrectomie pour un cas de lithiase, par M. Rafin.....		197
Néphrectomie parapéritonéale pratiquée pour un rein tuberculeux, par M. Rivière.....		252
Névrite périphérique consécutive à l'influenza (sur un cas de), par M. Brosset.....		25
Nœud du cordon ombilical, mort du fœtus, par M. Bernard.		37
Noix de Kola dans un accouchement, par M. Chambard-Hénon		32
Noyés (de l'état du sang chez les), par M. H. Coutagne.....		27

O

Omoplate (ablation et reproduction de), par M. Jaboulay....	126,	171
— Discussion par M. L. Tripier,.....		177
Ostéoclasie et rachitisme, par M. Levrat... ..		212
Ostéome de l'oreille, par MM. Rafin et Rougier.....		150
Ostéomyélite du tibia (épithélioma et), par M. Martel.....		73
Ostéomyélite (cas de), par M. Chapuis.....		248
Ostéotomie malléolaire (traitement de certains cals vicieux par l'), par M. Gangolphe.....	200	
Ovaire (kyste dermoïde de l'), par M. A. Pollosson.....		18

P

Panaris de Morvan chez un alcoolique, par M. Lemoine.....		73
Panaris analgésiques superficiels (alcoolisme chronique avec dissociation de la sensibilité et), par M. Lemoine.....		88
Pancréas et diabète (lésion du), par M. Lannois.....		171
Pancréas (sclérose du), par M. Mollard.....		165
Paraffinage des planchers des phtisiques, par M. Bard.....		126
— Discussion par MM. Lépine et Bard.....		126
Parasites animaux de l'espèce humaine dans la région lyonnaise en particulier (les), par M. Drivon.....	114	
— Discussion par MM. Icard et Drivon.....		155
Parésie du membre supérieur, par M. Lemoine.....		217
Perforation de l'appendice iléo-cæcal, par MM. Goullioud et Adenot.....	20	
Périostite déterminée par le bacille d'Eberth, par M. Mouisset		102

— Discussion par MM. G. Roux	
Pérityphlite (sur la), par M. M. Pollosson.....	
— Discussion par M. Fochier.....	
Pharynx (polype du), par M. Lagoutte	
Phlébite de la veine ophtalmique, par M. Destot....	
Phtisiques (du sérum de chèvre chez les), par M. Lépine....	
Pied creux dans la tuberculose du genou, par M. G. Audry..	
— Discussion par M. L. Tripier.....	
Pleurésies purulentes consécutives à la broncho-pneumonie, pleurotomie, par M. Sieur	71
— Discussion par MM. Vinay et Catrin.....	
Pleurésie séreuse, tuberculose, carcinome, par M. Artaud...	
— Discussion par MM. Renaut et Perret	
Pleurésie chez les enfants (sur le diagnostic de la), par M. Colrat.....	
Pleurétique (résection des côtes chez un), par M. Vinay. ..	
Poils nombreux développés sur les os de la face et les maxil- laires d'un animal de l'espèce bovine, par M. Guinard.....	
— Discussion par MM. Arloing et Rafin.....	
Polype du pharynx, par M. Lagoutte.....	
Purpura infectieux, par MM. Courmont et Lannois.....	
— Discussion par M. G. Roux.....	
Pylore et d'une portion de la grande courbure pour cancer de l'estomac (résection du), par M. Pollosson	187

R

Rapports du bacillus coli communis avec le bacille d'Eberth et l'étiologie de la fièvre typhoïde, par M. Arloing.....	177
Rate (hypertrophie de la), par M. Tellier.....	
Rate (kyste ancien de la), par M. Bonnet.....	
Rein en fer à cheval, par M. Toussaint.....	
Rein tuberculeux (néphrectomie parapéritonéale pratiquée pour un), par M. Rivière.....	
Rein suppuré (analyse bactériologique d'un), par M. Rodet.	
Résection du maxillaire inférieur, prothèse immédiate, par M. Gangolphe	
— Discussion par MM. Lépine et Gangolphe.....	
Résection des côtes chez un pleurétique, par M. Vinay.....	
— Discussion par MM. R. Tripier, Vinay, Mouisset, Perret et L. Tripier.....	
Résection de l'estomac, par M. M. Pollosson.....	
— Discussion par MM. Mayet, Bard, Lannois et Pollosson	

TABLE DES MATIÈRES.

271

	M.	C.	R.
Résection du pylore et d'une portion de la grande courbure pour cancer de l'estomac, par M. M. Pollosson.....	187		
Résection de l'intestin, par M. M. Pollosson			199
Résections intestinales, par M. Jaboulay			187
Rétraction de l'aponévrose palmaire par les sections multiples sous-cutanées (traitement de la), par M. Gangolphe...			214
Rétrécissement mitral et tuberculose pulmonaire, par M. Paliard			60
Rigidité syphilitique du col de l'utérus, par M. Blanc.....			49
— Discussion par MM. Icard, Vinay, Rendu et Blanc....			51
Rupture de l'artère fémorale, par M. M. Doyon.....			77
— Discussion par MM. L. Tripier et Doyon.....			78
Rupture de l'artère fémorale, par M. Destot.....			107

S

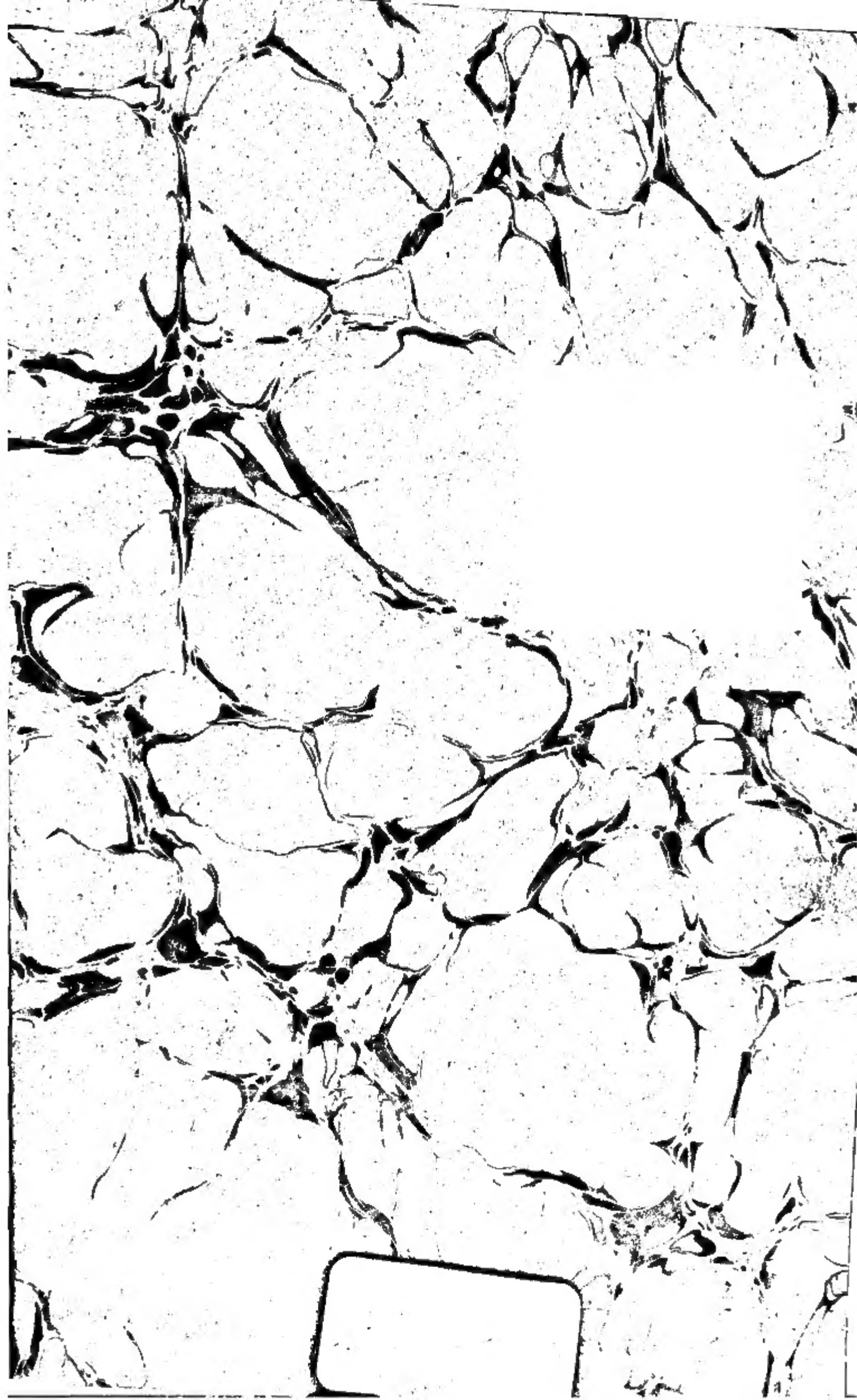
Sang (sur le pouvoir glycolytique du), par MM. Lépine et Barral			69
Sarcome blanc de la choroïde, par M. Gayet.....			3
Sarcome du tibia, par M. Porte			177
Sauge (essence de), par MM. Cadéac et Meunier.....			75
Sclérose du pancréas, par M. Mollard.....			165
Selles des fébricitants au point de vue bactériologique (les), par M. Bard.....			14
Sérum de chèvre chez les phtisiques, par M. Lépine.....			15
— Discussion par MM. Icard et Lépine.....		16,	36
Sonde dans la vessie d'un prostatique, par M. Coignet.....			227
Staphylococcus pyogenes (sur les effets des produits solubles du), par MM. Rodet et Courmont.....			59
Staphylocoque trouvé dans les vésicules d'un herpès, par M. Frenkel.....			115
Substances médicamenteuses incorporées dans des corps gras (recherches sur l'absorption cutanée des), par M. Guinard.....	82		
Suicide (autopsie d'un), par M. Artaud.....			40
— Discussion par MM. Tripier, Renaut et Artaud.....			43

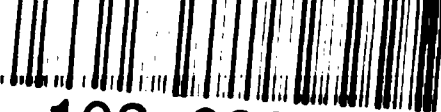
T

Tétanie d'origine gastrique (pathogénie de la), par MM. Bouveret et Devic			233
Tétanos (observation de), par M. Michon.....			229
Tétanos expérimental, par M. Frenkel.....			231
Tétanos expérimental sur un cobaye, par MM. Cadéac et Bouret.....			64

TABLE DES MATIÈRES.

	M.	C. R.
de des infections pyogènes généralisées, par F.....	57	
naire chez la femme enceinte, par M. É. Blanc		128
de la tuberculose chez les animaux (sur un ible de la), par M. Guinard.....		65
chez une jeune fille présentant des impulsions in de), par M. Royet.....	207	
ion par M. Pierret.....		204
pulmonaire et insuffisance mitrale, par M. Cha-		63
chez les animaux (sur un mode possible de trans- la), par M. Guinard.....		65
du genou (du pied creux dans la), par M. C. Audry		83
du cæcum et de l'utérus, par M. Nové-Jossérand.		97
brale, par M. Paret... ..		160
ion par MM. Granclément et Pierret.....		160
'appendice vermiforme développée dans un sac nguinal gauche contenant le cæcum, par M. Nové-		219
U		
z la femme enceinte (toxicité), par M. É. Blanc...		128
fection), par M. Destot.....		183
a rigidité syphilitique du col de l'), par M. Blanc		49
V		
; le lapin, par M. Bard.....		21
ion par MM. R. Tripiet, Clément et Bard.....		21
me massette d'acier (étranglement de la), par is		241
ion par MM. Horand et Cordier.....		241
aire (deux cas d'extraction de calculs de la), par	3	
ontribution à l'étude physiologique de l'intoxica-), évaluation des forces épileptogènes contenues boisson alcoolique, par MM. Cadéac et Meunier.		121
antagonisme des forces épileptisantes et des for- flantes contenues dans le), par MM. Cadéac et		129
nnorrhagiques chez les petites filles, par M. Au-		125
ion par MM. Icard et Aubert.....		126
a lecture (du mouvement des), par M. Bravais..	191	
ion par MM. Dor, Monoyer et Bravais.....		206





103 029 070

